

GEZONDE STADSGEZICHTEN

Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid

Healthy cityscapes. A study on inequalities in health and urban health policy

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht
op gezag van de Rector Magnificus Prof.dr. H.O. Voorma
ingevolge het besluit van het College van Decanen
in het openbaar te verdedigen
op vrijdag 24 oktober 1997 des ochtends te 10.30 uur

door

Johannes Josef Maria ten Dam

geboren op 1 mei 1953, te Geldrop

1	Introductie	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Vraagstellingen en ontwerp van de studie	6
1.3	Opzet van het boek	7
2	Stad en gezondheid	8
2.1	Inleiding	8
2.2	Gezondheidsverschillen in het verleden	9
2.3	De huidige gezondheidsverschillen	11
2.3.1	Het Black Report	11
2.3.2	Europa en Noord-Amerika	13
2.3.3	Nederland	13
2.4	De stad	19
2.4.1	Amsterdam	20
2.4.2	Rotterdam	25
2.4.3	Den Haag	28
2.4.4	Utrecht	28
2.4.5	De vier grote steden tezamen	29
2.5	Verbanden	31
2.5.1	Inleiding	31
2.5.2	Beperkingen	31
	<i>Buurniveau (31); Complexiteit (32); Artefact verklaring (32)</i>	
2.5.3	Leefwijze en levensomstandigheden	33
2.5.4	Selectie door gezondheid	35
2.5.5	Verwevenheid	36
2.6	Conclusie	39
3	De oude en de nieuwe volksgezondheid	39
3.1	Inleiding	39
3.2	De oude volksgezondheid	39
3.2.1	De groei van de stad	39
3.2.2	Benaderingen van de volksgezondheid	42
	<i>Miasma en contagio (43); Statistiek (43); Bacillen (46)</i>	
3.2.3	Lokaal bestuur	47
3.2.4	Het voorbeeld van Utrecht	51
3.3	De kentering	55
3.3.1	Medische progressie	55
3.3.2	Verschuivingen	57
	<i>Toename van ongelijkheid in gezondheid (57); Verschuivingen rond het begrip gezondheid (58); Verschuivingen in ziektepatronen (58); Toenemende kosten (59);</i>	

	<i>Veranderende positie van arts en gezondheidszorg (59)</i>	
3.4	De nieuwe volksgezondheid	60
3.4.1	De Wereldgezondheidsorganisatie	60
3.4.2	Healthy Cities	62
3.4.3	Het Nederlandse beleidskader	65
3.5	Conclusie	66
4	Denken over gezondheid en lokaal gezondheidsbeleid	70
4.1	Inleiding	70
4.2	Stand van zaken	70
4.3	Sociaal-wetenschappelijke concepten	72
4.3.1	Inleiding	72
4.3.2	De macht van gezondheid	73
	<i>Medicalisering (73); Civilisering en professionalisering (76); Disciplineren (77); Voorlopige conclusie (78)</i>	
4.3.3	Leefwereld	79
4.3.4	Gezondheidskapitaal	82
4.3.5	Culturen van gezondheid	84
4.4	Beleidstheorieën	88
4.4.1	Inleiding	88
4.4.2	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	89
4.4.3	Healthy Cities	92
	<i>Inleiding (92); Participatie (93); Territoriaal kader (98)</i>	
4.5	Conclusie	104
5	Gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten, Canada en Nederland	106
5.1	Inleiding	106
5.2	Oriëntatie: gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten en Canada	106
5.2.1	Inleiding	106
5.2.2	De projecten	110
	<i>Acces Alliance, Multicultural Community Health Centre, Toronto (110); Better Beginnings, Better Futures, Toronto (112); La Casa Family Services, Detroit (112); Citizens for Better Care, Detroit (112); Ontario Prevention Clearing House, Toronto (112); Corner Health Center, Ypsilanti Michigan (113); Doctors Hospital, Toronto (113); Equally Healthy Kids, Toronto (113); Food Action Project, Toronto (114); Metropolitan Toronto District Health Council, Toronto (114); Kids in Action, Toronto (114); Lawrence Heights Community Health Centre, Toronto (115); Maternity Outreach Mobile Project, Indianapolis (115); Healthy Cities Network Indiana (116); South Riverdale Community Health Centre, Toronto (116); Food Fair, Food Action Project, Toronto (116); Community Health</i>	

	<i>Officers, Toronto</i> (117); <i>Northern Highschool Community Project, Detroit</i> (117)	
5.2.3	Bevindingen	117
	<i>Gezondheidsbevordering</i> (118); <i>Gegevens als basis</i> (119); <i>Intersectorale samenwerking</i> (119); <i>Politieke betrokkenheid</i> (120); <i>Participatie</i> (120); <i>Territoriaal kader</i> (122)	
5.2.4	Voorlopige conclusie	122
5.3	Diffusie: gezondheidsprojecten in Nederland	123
5.3.1	Inleiding	123
5.3.2	De projecten	124
	<i>Sociale Veiligheid in Oud-Mathenesse, Rotterdam</i> (124); <i>Gezondheidswijzer, Eindhoven</i> (125); <i>Voedingsproject, Enschede</i> (126); <i>Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken, Rotterdam</i> (126); <i>Samenwerkingsverband Rivierenwijk e.o. (SORO), Deventer</i> (127); <i>Stichting Krakatau en Leefomgeving van kinderen, Eindhoven</i> (127); <i>Leden Actief: Kruisvereniging, Breda</i> (128); <i>Wijkbus Alexander, Rotterdam</i> (128); <i>Wijknatuurtuin, Haarlem</i> (128); <i>Speel-o-theek, Breda</i> (129); <i>Samenwerkingsverband Postjesbuurt, Amsterdam</i> (129); <i>Den Bosch Oost, Den Bosch</i> (130); <i>Seniorenvoorlichting, Hengelo</i> (130)	
5.3.3	Bevindingen	131
	<i>Gezondheidsbevordering</i> (131); <i>Gegevens als basis</i> (132); <i>Intersectorale samenwerking</i> (132); <i>Politieke betrokkenheid</i> (133); <i>Participatie</i> (134); <i>Territoriaal kader</i> (136)	
5.4	Continua	137
	<i>Gezondheidsbevordering</i> (137); <i>Gegevens als basis</i> (142); <i>Intersectorale samenwerking</i> (144); <i>Politieke betrokkenheid</i> (145); <i>Participatie</i> (146); <i>Territoriaal kader</i> (147)	
5.5	Conclusie	148
6	Gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland	143
6.1	Inleiding	143
6.2	Vraagstellingen	143
6.2.1	Beoogde effecten	143
6.2.2	Onbedoelde effecten	145
6.3	De projecten	145
6.3.1	Rotterdam	146
	<i>Feijenoord</i> (147); <i>Het Oude Westen</i> (148); <i>Bospolder-Tussendijken</i> (148); <i>Het Nieuwe Westen</i> (149); <i>Hoogvliet</i> (149); <i>Crooswijk</i> (149)	
6.3.2	Amsterdam	150
	<i>Stadsdeel Westerpark</i> (151); <i>Stadsdeel Noord</i> (152)	
6.3.3	Utrecht	154
	<i>Beter eten? Zeker weten! Zuilen</i> (154)	
6.3.4	Den Haag	155

	<i>Gezond Scheveningen (155); Stadsdeel Centrum (156)</i>	
6.4	Beoogde effecten	157
6.4.1	Het territoriale kader	157
6.4.2	Gegevens als basis	161
6.4.3	Intersectorale samenwerking	169
6.4.4	Politieke betrokkenheid	177
6.4.5	Participatie	181
6.4.6	Gezondheidsbevordering	185
6.5	Stand van zaken	194
6.6	Onbedoelde effecten	196
6.6.1	Medicalisering, disciplineren en emancipatie	197
6.6.2	Culturen van gezondheid	203
6.7	Conclusie	207
7	Gezonde stadsgezichten	219
7.1	Inleiding	219
7.2	Ongelijkheid voor ziekte en dood	220
7.3	Continuïteit en verandering	221
7.4	Gezonde steden onderzocht	224
	<i>Verenigde Staten, Canada en Nederland (225); De vier grote steden in Nederland (229)</i>	
7.5	De betekenis van lokaal gezondheidsbeleid	233
	<i>Grenzen (233); Relevantie (237); Voorwaarden (238)</i>	
7.6	Slot	242
	Healthy cityscapes (summary)	245
	Geraadpleegde literatuur	258
	Over de auteur	275

1 Introductie

1.1 Inleiding

Internationaal en in Nederland manifesteert zich in de steden een nieuw verschijnsel. Stadsbuurten waren al langer doelwit van sociale interventieprogramma's zoals stadsvernieuwing, achterstandsbeleid, sociaal beheer of sociale vernieuwing. Sinds enkele jaren echter zijn de arme buurten van de steden ook object van gezondheidsbeleid. Er wordt vooral door de openbare gezondheidsdiensten op buurtniveau gewerkt aan wat genoemd wordt *gezondheidsbevordering* en *preventie*. Er is een kleurrijk palet van lokale gezondheidsinitiatieven ontstaan. Soms zijn het projecten die op specifieke groepen als migranten of ouderen gericht zijn, soms is de gerichtheid meer algemeen. Het kan gaan om een concrete dienstverlening zoals een 'gezondheidswijzer' in de buurt of om een samenwerkingsverband van maatschappelijke instellingen. De ene keer is een project zichtbaar in de vorm van een pand in de wijk, de andere keer is een initiatief terug te vinden als gezonde recepten in de supermarkt. Waar het ene project een aangelegenheid van professionals is, draait het andere project vooral op vrijwilligers. Kortom, een verscheidenheid van uiteenlopende initiatieven die met elkaar gemeen hebben dat er op lokaal of buurtniveau 'iets' rondom gezondheid gedaan wordt. In deze studie wordt deze ontwikkeling bekeken. Wat wordt er concreet gedaan? Welke doelstellingen zitten er achter? Bij welke ontwikkelingen sluiten deze initiatieven aan? Welke disciplines zijn daarbij betrokken? Hebben dit soort projecten wortels in de wijken? Zijn bewoners er op een of andere manier bij betrokken? Wat zijn de beoogde en wat de onbedoelde effecten van dergelijke gezondheidsinitiatieven?

Meer dan een eeuw eerder toonden de hygiënisten, hervormers van de openbare hygiëne in de 19e eeuw in Europa en de Verenigde Staten, een fijn gevoel voor de samenhang tussen gezondheid en de leefomstandigheden van mensen, vooral van de armen in de steden. Men zag dat ziekten en epidemieën samenhangen met armoede en daardoor onderdeel waren van de sociale kwestie: de vaak schrijnende verschillen tussen rijk en arm. Vanaf het midden van de 19e eeuw werd die these met statistische samenhangen onderbouwd. Men ontdekte onder andere dat sterfte en ziekte met een ongezonde omgeving te maken hebben. Ongezondheid werd niet als een individueel, maar als een collectief probleem gezien en de statistiek kon een rol spelen in het opsporen daarvan. Daarbij was volgens de hygiënisten samenwerking tussen bijvoorbeeld artsen en ingenieurs nodig om de problemen de baas te kunnen. Onder leiding van deze voorvechters van een betere hygiënische toestand kwam vooral in de steden in betrekkelijk korte tijd veel tot stand.

Dit inzicht dat ziekte en gezondheid verschijnselen zijn die verbonden zijn met maatschappelijke en omgevingsfactoren heeft vanaf het einde van de vorige eeuw en vooral in deze eeuw sterk aan belang ingeboet. Vooral het perspectief dat de nieuwe medische technologie vanaf ongeveer de eeuwwisseling kon bieden is hierop van invloed geweest. De medische

technologie bleek in staat in hoog tempo voor een groot aantal ziektes nieuwe succesvolle behandelwijzen te bieden. Vooral na de Tweede Wereldoorlog is er een indrukwekkend apparaat in de gezondheidszorg opgebouwd. De gerichtheid daarvan was niet langer op de volksgezondheid, maar vooral op het te behandelen individu.

Toch is nu de oude *public health* benadering onverwacht weer terug van weggeweest. De medische benadering blijkt in deze tijd toch minder op te kunnen lossen dan gedacht werd en vooral in de steden klinkt de roep om gezondheidsbeleid dat de draad van de vorige eeuw weer oppakt. Een mondiale representant van een dergelijk beleid is het *Healthy Cities Project*. Men legt in dit project nadruk op het lokale niveau om de problemen aan te pakken en hanteert een brede integrale en positieve visie op gezondheid — 'gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte' (WHO 1986). Daarbij streeft men naar samenwerking tussen uiteenlopende disciplines, betreft het politieke bestuur bij gezondheidsbevorderende activiteiten en neemt de mensen om wie het gaat als uitgangspunt van beleid. Participatie door de bevolking wordt belangrijk geacht.

Ook nu speelt de statistiek weer een rol in het blootleggen van problemen bij de volksgezondheid. Als onrechtvaardig beschouwde gezondheidsverschillen tussen rijk en arm vormen vaak het startpunt. Vooral in de grote steden is er een ongelijkheid voor ziekte en dood, die zich manifesteert in grote gezondheidsverschillen tussen stadsbuurten en bevolkingsgroepen. De scherpste sociale ongelijkheid in gezondheid is in de loop van de 19e en 20e eeuw weliswaar verdwenen, maar de verschillen bestaan nog wel degelijk en gelijktijdig met de opkomst van de welvaartsstaat van de afgelopen decennia lijken deze verschillen zelfs weer toe te nemen (Havekate et al. 1993, Van Oers 1993a, Programmacommissie 1994, Mackenbach 1994, Joosten 1995, Reijneveld 1995, Sociaal en Cultureel Planbureau 1996).

Het denken over maatschappelijke verschillen in gezondheid sluit aan bij een belangrijk debat binnen de sociale wetenschappen, namelijk dat van de *sociale ongelijkheid en levenskansen* (Schuyt 1983; Engbersen 1994).¹ In dit debat wordt voorondersteld dat er in de moderne westerse samenleving groepen bestaan die van elkaar te onderscheiden zijn op grond van zaken als economische positie of sociale status. In de negentiende eeuw was voor Marx het bezit van economische produktiemiddelen van doorslaggevende betekenis. Bezitters daarvan kunnen anderen in hun bedrijven exploiteren, omdat deze laatsten bij gebrek aan produktiemiddelen slechts in leven kunnen blijven door hun enige bezit, de arbeidskracht, te verhuren. Volgens Marx is er sinds de opkomst van de industriële produktiewijze in de zeventiende eeuw sprake van een fundamentele tweedeling in de samenleving in twee economische klassen: ondernemers en loonarbeiders. Na Marx zijn er verfijningen aangebracht in de stratificatie van de samenleving. Weber handhaafde het economische criterium voor een stratificatie

¹ Overigens is het niet zo dat in de discussie over sociale ongelijkheid steeds aandacht wordt besteed aan de bijdrage die de factor gezondheid levert aan sociale ongelijkheid. De overzichtsbundel van Dronkers en Ultee (1995) — waarin ouders, onderwijs, beroep, huwelijk, politiek en werkloosheid aan de orde komen als manifestaties van sociale ongelijkheid — zegt een '*systematisch overzicht van het vele Nederlandse onderzoek naar sociale gelaagdheid en mobiliteit*' te geven, waarbij gebruik is gemaakt van '*recente gegevens uit geavanceerd onderzoek*'. Gezondheid ontbreekt echter, ondanks de grote stroom publikaties op dit gebied.

in economische klassen. Maar daarnaast onderscheidt hij een stratificatie op basis van sociale *status* of prestige van een individu of groep. Sociale status is nauw verbonden met economische klasse, maar hoeft er niet mee samen te vallen. Een 'nieuwe rijke' hoeft geen navenant prestige te bezitten. De derde factor die bij Weber belangrijk is, is (*politieke*) *macht*: het vermogen de eigen doelstellingen, zelfs tegen weerstand in, in de samenleving door te zetten. Ook dit criterium is verbonden met klasse, maar valt er niet mee samen. Weber zag als basis van sociale ongelijkheid de ongelijke toegang tot maatschappelijke bronnen. Daardoor ontstaat in de '*existentiële strijd van menselijke individuen of sociale typen om levens- of overlevingskansen*' een ongelijke verdeling van deze levenskansen (Weber 1987). Levenskansen zijn '*opportunities for individual development provided by social structure*' (Dahrendorf 1979). Schuyt spreekt van een gemeenschappelijkheid in de toegang tot ongelijk verdeelde schaarse goederen bij een bepaalde groep, goederen die tezamen de kwaliteit van het bestaan uitmaken. Deze gemeenschappelijkheid wordt bepaald door de positie van de betreffende groep in de economische orde. '*De gezondheid en de zorg voor deze gezondheid, de kwaliteit van het gebit, de kans op meer dan lager onderwijs, de kans om met de politie in aanraking te komen, de latere verdiensten uit arbeid, de eventuele deelname in politieke besluitvorming, de opname in een psychiatrisch ziekenhuis, ja zelfs de levensduur zijn allen in zekere zin statistisch vast te stellen nog voordat men ter wereld komt.*' (Schuyt 1983:44)

In de huidige discussie over sociaal-economische gezondheidsverschillen spelen drie criteria een rol: beroep (en beroepsstatus), inkomen en opleidingsniveau. Deze criteria zijn eerder 'Weberiaans' dan dat ze bij Marx aansluiten. Een belangrijke achtergrond bij het hanteren van juist die begrippen is overigens een pragmatische: ze zijn meetbaar en er zijn gegevens voorhanden. Als gekeken wordt naar deze aspecten van beroep, inkomen en opleiding vertoont ook de huidige samenleving een ongelijke verdeling. Een belangrijk kenmerk van de moderne samenleving daarnaast is dat die gelaagdheid niet rigide is. Mensen kunnen op 'de maatschappelijke ladder' stijgen of dalen en zo veranderen van maatschappelijke positie. Er is, met andere woorden sprake van enige *sociale mobiliteit* (Dronkers en Ultee 1995).

Anderzijds is er in de huidige tijd discussie over een nieuwe tweedeling in de samenleving, als gesproken wordt over het ontstaan van een *onderklasse*. Er lijkt — ondanks de verzorgingsstaat — in de samenleving blijvend een groep aanwezig die door relatieve armoede niet volwaardig in de samenleving kan participeren. Deze groep is sociaal juist weinig mobiel (Wilson 1987, Dahrendorf 1988, Engbersen 1990).

Gezondheid wordt, zoals gezegd, in dit verband de laatste jaren op een andere manier benaderd dan voorheen. Gezondheid wordt weer vaker als een sociaal, in plaats van een individueel verschijnsel gezien. Gezondheid is niet meer beperkt tot de spreekkamer van de huisarts, maar wordt weer een thema in de stadsbuurt. Er worden aspecten bij betrokken die buiten het klassieke medische terrein van de gezondheid vallen. Toch herhaalt de geschiedenis zich niet. Weliswaar wordt de draad van oude hervormers uit de negentiende eeuw weer opgepakt, maar er is ook nieuws onder de zon. In vergelijking met het beleid rond gezondheid in de vorige eeuw is het streven naar participatie door de bevolking een element dat nog niet eerder in gezondheidsbeleid naar voren is gekomen. Participatie door de groep waarom het ging

— het gewone volk, de armen — ontbrak in het oude gezondheidsbeleid. Het bestuur van de stad was toen immers een zaak van de elite. Het grootste deel van de bevolking kreeg met nieuwe ideeën over verbetering van gezondheid in de steden uitsluitend te maken als maatregelen en directieven die van bovenaf opgelegd werden. Nu echter wordt gepoogd mensen niet langer te zien als object, maar als subject van de eigen gezondheid en hen in gezondheidsbeleid te laten participeren. Aansluiting door het beleid bij de eigen cultuur en leefwereld van de mensen zelf wordt daarmee belangrijk.

Wanneer we spreken over nieuwe vormen van gezondheidsbeleid en het Healthy Cities Project, hebben we het over het algemeen sinds het einde van de jaren tachtig over initiatieven waarin op lokaal niveau — meestal zelfs op buurniveau — vorm gegeven wordt aan gezondheidsbeleid.² Men probeert een antwoord te vinden op gezondheidsproblemen die daar spelen. Dat kunnen gezondheidsproblemen in engere zin zijn zoals een gemiddeld hogere morbiditeit of ongunstige leefwijzen in een bepaalde wijk of bij een bepaalde groep, maar ook problemen die in bredere zin geacht worden aan gezondheid te zijn gerelateerd. Dat kan variëren van te weinig speelmogelijkheden voor kinderen, vervoersproblemen voor ouderen tot gebrek aan informatie over bijvoorbeeld de WAO-problematiek. Gezondheidsbeleid lijkt daarmee een even brede en problematische interpretatie te krijgen als welzijnsbeleid. Door de hele aanpak heen speelt het idee dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. Gezondheid wordt in de actuele *public health* benadering gezien als breed en een positief begrip. Het gaat dan ook niet om de behandeling van ziekte, maar om preventie en om bevordering van gezondheid zelf. Er worden bij deze projecten — als grootste gemene deler — vier werkprincipes gehanteerd om gezondheid te bevorderen. In de eerste plaats het hiervoor al genoemde principe van *participatie door de bevolking*. Er wordt gesteld dat veranderingen niet van buiten af bewerkstelligd kunnen worden en dat dus medewerking van de direct betrokkenen noodzakelijk is. De eigen leefwijze van mensen is immers een belangrijke oorzaak bij 'moderne' aandoeningen als kanker en hart- en vaatziekten. Ten tweede het principe van *gegevens als basis*. Het is, met een verwijzing naar de hygiënist van de 19e eeuw, niet de bedoeling dat er gewerkt wordt op basis van vage vermoedens of persoonlijke opvattingen, maar een aanpak van gezondheidsproblemen in een stadsdeel moet steunen op concreet cijfermateriaal. Hierbij wordt vooral bedoeld op gegevens over gezondheid aan de ene kant (indicatoren) en op gegevens over (wijkgebonden) determinanten aan de andere kant. Doorgaans wordt voor de determinanten het model van Lalonde (1974) gehanteerd. Dit model maakt onderscheid tussen erfelijkheid, leefwijzen, sociale omgeving, fysieke omgeving en zorg als factoren die invloed hebben op gezondheid. Bij de indicatoren

² Healthy Cities — het Gezonde Steden project — heeft veel overeenkomsten met lokaal gezondheidsbeleid. In praktijk worden de twee termen dan ook door elkaar heen gebruikt. Toch zijn er ook verschillen. Zo is het Gezonde Steden project gezien vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie een project met een begin en een einde. Lokaal gezondheidsbeleid is in principe niet eindig, omdat het geworteld kan raken in de lokale bestuurstraditie. Daarnaast is lokaal gezondheidsbeleid doorgaans smaller en sterker gekoppeld aan het begrip gezondheid in engere zin dan het Gezonde Steden project. Aan de andere kant is lokaal gezondheidsbeleid weer breder omdat er ook een aantal curatieve voorzieningen onder vallen, zoals een deel van de bestrijding van infectieziekten of het ambulancevervoer, en omdat het alle lokale bestuurseenheden betreft en niet slechts de grote steden (Van den Bogaard en De Vries 1994).

voor gezondheid wordt gekeken naar sterfte, (chronische) ziekten, fysieke conditie, handicaps, arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim en de eigen gepercipieerde gezondheid. Bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn zoals gezegd een belangrijk startpunt. Het derde principe volgt uit het voorgaande: het principe van de *intersectorale samenwerking*. Immers, als gezondheid naast erfelijkheid en de gezondheidszorg óók beïnvloed wordt door het fysieke milieu, door leefwijzen en door sociale factoren als sociale netwerken, werkgelegenheid, inkomen, opleiding en buurtvoorzieningen, ligt het voor de hand de verkokering van het lokale beleid niet als een vaststaand gegeven te beschouwen. Samenwerking tussen verschillende beleidssectoren op lokaal niveau wordt dan ook als cruciaal gezien. Tenslotte is er het principe van de *politieke betrokkenheid*. Gezondheid wordt beschouwd als een maatschappelijke aangelegenheid en is daarmee een politieke zaak. Als er daadwerkelijk veranderingen worden beoogd, is betrokkenheid van het politieke bestuur een voorwaarde.

In dit boek worden bij de beschrijving en analyse van gezondheidsbeleid dat op deze leest is geschoeid, deze vier principes of strategieën — participatie, gegevens als basis, intersectorale samenwerking en politieke binding — als uitgangspunt genomen en gebruikt om te kijken hoe en in hoeverre het beleid voldoet aan deze doelstellingen. Daarbij zal ook het uiteindelijk, overkoepelende doel dat met deze strategieën beoogd wordt, bevordering van de gezondheid, in de analyse worden betrokken.

Maar om realistisch beleid te kunnen vormen is ook inzicht nodig in mechanismen van onbedoelde effecten van beleid. Veel sociale problemen worden juist veroorzaakt door effecten van beleid die tevoren niet voorzien of verwacht waren. Soms worden problemen zelfs veroorzaakt door het beleid zelf, of door interferenties van verschillende vormen van beleid. Onderzoek naar onbedoelde effecten, ook wel aangeduid als *een sceptische beleidsanalyse*, is een belangrijke opdracht van sociale wetenschap en aandacht hiervoor kan het waarschuwend effect van een bijsluiter bij medicijnen hebben (Liebersson 1989; Engbersen en Van der Veen 1992).

In deze studie wordt dan ook niet alleen gekeken naar de heilzame effecten die lokaal gezondheidsbeleid zou kunnen brengen, maar ook naar de 'bijwerkingen' die eventueel te verwachten zijn. Over lokaal gezondheidsbeleid kan men immers heel verschillend denken. Een visie aan de 'negatieve' zijde van het continuüm, gebaseerd op auteurs als Parsons (1951), Crawford (1980), Freidson (1970), Illich (1975) en Foucault (1976), zegt dat lokaal gezondheidsbeleid tot een verdergaande medicalisering en disciplineren van de samenleving kan leiden. Aan de 'positieve' zijde staat een visie, die kan worden herleid tot Habermas (1981) en Bourdieu (1989), en die laat zien dat de overstap van curatie naar preventie en gezondheidsbevordering, zoals die in lokaal gezondheidsbeleid gemaakt wordt, juist een emancipatie ten opzichte van het medisch regime *kan* impliceren. In deze studie zal de spanning tussen de beoogde gezondheidsbevordering en de onbedoelde medicalisering dan wel emancipatie aan de orde komen. Betoogd zal worden dat de bestaande theorieën niet in voldoende mate zicht geven op deze spanning.

Via een verkennende studie over lokale gezondheidsprojecten in steden in de Verenigde Staten, Canada en Nederland, spitst het empirisch onderzoek zich toe op recent lokaal

gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland.

1.2 Vraagstellingen en ontwerp van de studie

De bedoeling van deze studie is op de eerste plaats zicht te geven op de kenmerken van lokale gezondheidsprojecten in de steden. Een tweede doel is inzicht te verschaffen in de problematiek waarvoor deze projecten een oplossing trachten te bieden. Ook wil de studie laten zien welke de bedoelde en onbedoelde effecten van dit beleid zijn. Een vierde doelstelling is rekenschap te geven van zowel emanciperende als disciplinerende perspectieven van lokaal gezondheidsbeleid. Daartoe wordt een theoretisch kader ontwikkeld.

De algemene probleemstelling luidt: *Is er sprake van nieuw gezondheidsbeleid in de steden? Zo ja, welke zijn daarvan de kenmerken? Voor welk probleem poogt dit beleid een oplossing te leveren? In hoeverre worden de doelstellingen gerealiseerd? Wat zijn de onbedoelde effecten van dit beleid?*

De probleemstelling is uit te splitsen in de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Wat is de concrete aanleiding van lokaal gezondheidsbeleid? Voor welk probleem poogt het een oplossing te geven?
- 2) Is de lokale benadering van gezondheidsbeleid in de steden een nieuw verschijnsel? Zo ja, in welk opzicht is er sprake van vernieuwing? Is deze aanpak te plaatsen in een bredere ontwikkeling? Is deze ontwikkeling internationaal of beperkt tot Nederland? Welke kenmerken heeft de lokale benadering van gezondheid. Hoe zijn de initiatieven te typeren?
- 3) Hoe zijn lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht te beschrijven in termen van de eigen doelstellingen en in termen van onbedoelde gevolgen? Leidt dit lokale gezondheidsbeleid tot disciplinering of tot emancipatie?

Om antwoord te kunnen geven op deze vragen is op de eerste plaats studie verricht naar het bestaan van sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen. Daarbij is speciale aandacht besteed aan de manifestatie van deze verschillen in de grote steden. Tevens is onderzoek gedaan naar beleid op het gebied van de volksgezondheid zoals dat nu en in het verleden vorm heeft gekregen. Daarnaast heeft een theoretische reflectie plaats gevonden op sociaal-wetenschappelijke concepten die van belang zijn bij lokaal gezondheidsbeleid. Vervolgens is een voorstudie verricht naar lokale gezondheidsprojecten zoals die aan te treffen zijn in enkele steden in de Verenigde Staten, Canada en Nederland. Tenslotte is een specifieke studie gemaakt van het recente lokale gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland.

1.3 Opzet van het boek

Sociaal-economische gezondheidsverschillen vormen een belangrijke achtergrond van lokaal gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 2 komen deze gezondheidsverschillen aan de orde. Naast aandacht voor de historische en de internationale dimensie spitst de discussie zich toe op de weer in de aandacht staande gezondheidsverschillen in Nederland en in het bijzonder op de verschijningsvorm daarvan in de vier grote steden Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag. Het hoofdstuk eindigt met een behandeling van de verschillende typen verklaringen voor het ontstaan en de bestendiging van deze gezondheidsverschillen.

In hoofdstuk 3 wordt de 'oude' volksgezondheid besproken zoals die vorm kreeg in de vorige eeuw. De rol van de hygiënist komt aan de orde. Verder wordt ingegaan op het debat over miasma en contagio en op de rol van de statistiek. Ook de samenwerking met andere beroepsgroepen en de bestuurlijke problematiek passeren de revue. De negentiende eeuwse problematiek in stad Utrecht fungeert als voorbeeld. In de tweede helft van het hoofdstuk komt de 'nieuwe' volksgezondheid aan de orde. De achtergronden van deze nieuwe aandacht voor volksgezondheid komen voor het voetlicht en als representant hiervan wordt de aanpak van het Healthy Cities Project van de Wereldgezondheidsorganisatie beschreven.

Om een analyse te kunnen maken van de concrete praktijk van lokale gezondheidsprojecten worden in hoofdstuk 4 enkele algemene sociaal-wetenschappelijke theorieën en enkele beleidstheorieën geïntroduceerd en bediscussieerd. Besproken wordt theorievorming rond medicalisering, civilisering en disciplineren. Ook het leefwereld-begrip komt aan de orde en twee nieuwe concepten worden geïntroduceerd: gezondheidskapitaal en culturen van gezondheid. In de meer toegepaste sfeer wordt het gedachtengoed van gezondheidsvoorlichting behandeld en twee thema's uit de Healthy Cities benadering: het participatie- en het buurtbegrip.

Hoofdstuk 5 doet verslag van een oriënterende studie naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten, Canada en Nederland. De beschrijving en vergelijking van 31 lokale gezondheidsprojecten leidt tot een nadere differentiatie van de gehanteerde doelen en strategieën bij lokaal gezondheidsbeleid. Het doel gezondheidsbevordering, de territoriale aanpak en de intermediaire strategieën gegevens als basis, intersectorale samenwerking, politieke betrokkenheid en participatie blijken niet in absolute zin hanteerbaar, maar kunnen per thema in één of meerdere continua uiteen gelegd worden.

Met behulp van deze continua volgt in hoofdstuk 6 een meer systematische beschrijving en analyse van elf lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland. Er wordt gekeken naar de beoogde doelen en strategieën van lokaal gezondheidsbeleid, maar tevens naar de mogelijke onbedoelde effecten die dit beleid heeft. In hoofdstuk 7 tenslotte wordt de balans opgemaakt.

2 Stad en gezondheid

2.1 Inleiding

In Nederland bestaan tot op de dag van vandaag hardnekkige verschillen in gezondheid tussen de verschillende sociale klassen (Sociaal en Cultureel Planbureau 1992:9, Programmacommissie 1994:7-9, Mackenbach 1994:70-72). Politiek en maatschappelijk is dit een ongemakkelijk gegeven. Immers, gezondheid wordt algemeen van zeer groot belang geacht, terwijl gelijkheid van kansen evenzeer hoog in het vaandel staat (De Jong 1986:1). Er is echter niet steeds belangstelling geweest voor gezondheidsverschillen. Na een lange afwezigheid zijn vanaf de tweede helft van de jaren tachtig deze verschillen echter opnieuw in de aandacht gekomen. Naar aanleiding van een conferentie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR 1987) is in 1987 door de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen ingesteld. De commissie heeft als opdracht onderzoek te doen naar de omvang van de gezondheidsverschillen, naar mogelijke verklaringen voor deze verschillen en naar wijzen waarop de verschillen te verkleinen zijn. Dit beleid om gezondheidsverschillen te analyseren en te beïnvloeden vloeit voort uit de Nota 2000 (Tweede Kamer 1986). In deze Nota werd nadrukkelijk aandacht besteed aan het bestaan van gezondheidsverschillen en aan het belang deze verschillen te verkleinen. De Nota sloot aan bij het eerder genoemde actie-programma *Health for All by the year 2000* van de Wereldgezondheidsorganisatie. De eerste van de 38 'targets' uit dat programma roept op tot een verkleining van verschillen in gezondheid: '*By the year 2000, the actual differences in health status between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25%, by improving the level of health of disadvantaged nations and groups*' (World Health Organization 1985). Zoals verwoord in de nota *Gezondheidsbeleid* vormt de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen ook voor de jaren erna een prioriteit van het Nederlandse overheidsbeleid (Tweede Kamer 1991:12).

In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken gepresenteerd op het gebied van verschillen in gezondheid. Het gaat om verschillen in gezondheid die structureel zijn en die gekoppeld zijn aan de positie van personen in de samenleving. Met die positie wordt hier de *sociaal-economische status* bedoeld. De belangrijkste indicatoren ervan zijn opleiding, beroep en inkomen. Verschillen in gezondheid die voorondersteld worden samen te hangen met deze sociaal-economische status heten *sociaal-economische gezondheidsverschillen*.

Het meest in het oog springende gezondheidsverschil, namelijk dat tussen vrouwen en mannen, komt terug in de verschillende paragrafen, maar dan gekoppeld aan sociaal-economische status. Het complexe probleem van culturele, maatschappelijke en biologische verschillen tussen mannen en vrouwen en de weerslag die dat op gezondheid heeft is geen onderwerp van deze studie. Dat geldt ook voor etniciteit. Ook al is de rol die etniciteit speelt bij gezondheid en gezondheidsverschillen een bijzondere. Omdat allochtone groepen voor het allergroot-

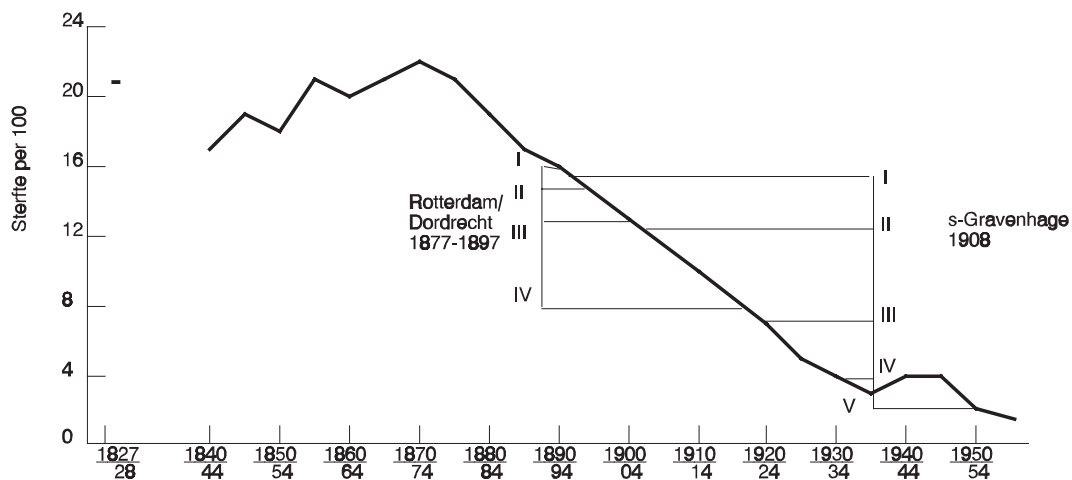
ste deel tot de onderste sociaal-economische laag van onze samenleving behoren, worden in dit hoofdstuk gezondheidsverschillen beperkt tot de *sociale* en *economische* basis ervan.

Omdat deze studie handelt over openbaar stedelijk gezondheidsbeleid worden sociaal-economische gezondheidsverschillen daarom in dit hoofdstuk toegespitst op de verschijningsvorm ervan in de grote steden. Er wordt gekeken naar gezondheidsverschillen tussen stad en platteland en vooral naar de geografische verdeling van gezondheid *binnen* de steden.

De paragraaf over gezondheid in de stad (par. 2.4) wordt voorafgegaan door een historische paragraaf (par. 2.2) en een paragraaf over de huidige sociaal-economische gezondheidsverschillen in het algemeen (par. 2.3). Het hoofdstuk besluit met een weergave van het debat over de *oorzaken* van gezondheidsverschillen (par. 2.5). Er worden verklaringen van gezondheidsverschillen onderscheiden zoals de artefact verklaring, verklaringen op grond van leefwijzen en levensomstandigheden, het selectiemechanisme en een geïntegreerde benadering.

2.2 Gezondheidsverschillen in het verleden

Algemeen wordt geconstateerd dat de verschillen in gezondheid in de vorige eeuw en in deze eeuw tot aan de jaren vijftig kleiner zijn geworden. Zo bleek nog in 1839 in Londen dat het gemiddelde sterftejaar voor 'gentlemen, professional men and their families' 45 jaar was, terwijl 'mechanics, servants, labourers and their families' gemiddeld op hun zestiende jaar stierven (Antonovsky 1967:31). In de loop van de 19e eeuw en tot aan de jaren dertig



Figuur 1 Zuigelingensterfte (per 100 levendgeborenen) in Nederland: sociale verschillen in de tijd. Bron: Van Poppel 1982:272).

van deze eeuw werden de verschillen in gezondheid zowel relatief als absoluut kleiner. Van Poppel heeft op grond van de schaarse gegevens die voorhanden zijn een reconstructie gemaakt die laat zien hoe groot in stedelijke agglomeraties in Nederland de verschillen in zuigelingensterfte waren. In Figuur 1 duiden de cijfers I tot en met V de welstandsgroepen aan: I is de laagste en IV en V zijn de hoogste welstandsgroep. De grafiek-lijn geeft de ontwikkeling van de zuigelingensterfte voor Nederland als geheel aan. In de steden-combinatie van Dordrecht en Rotterdam liep in de periode 1877 tot 1897 de daling van de zuigelingensterfte in de hoogste sociale klasse (IV) 20 jaar vóór op de zuigelingensterfte in de laagste sociale klasse (I). In Den Haag was het verschil nog groter. Daar was in 1908 in de laagste sociale klasse (I) de zuigelingensterfte van het niveau dat Nederland al in 1890-1894 bereikt had, terwijl dat van de hoogste klasse (V) zich al bevond op het niveau dat Nederland pas rond 1950 zou bereiken (Van Poppel 1982:272-273).

Sedert de jaren dertig tot aan de jaren vijftig zijn de absolute sociaal-economische gezondheidsverschillen ongeveer gelijk gebleven en zijn de relatieve verschillen door verdere toename van de levensverwachting iets afgenomen (Mackenbach en Van der Maas 1987). Er is discussie over wat er globaal vanaf de Tweede Wereldoorlog gaande is. Er wordt geopperd dat de verschillen — verrassenderwijs gelijktijdig met de Wederopbouw en de voorzichtige aanvang van de welvaartsstaat — weer groter zijn geworden.

Voor Engeland en Wales concludeerde Townsend al in 1980 in het 'Black Report' dat er inderdaad sprake is van een toename van de gezondheidsverschillen na de Tweede Wereldoorlog. In zowel het tijdvak 1959-63 als in dat van 1970-72 was het verschil in sterfte bij mannen van 15-64 jaar tussen de klassen I en V groter dan in het tijdvak 1949-53 (Townsend en Davidson 1982:74).¹ Townsend spreekt daarover zijn verbazing uit. De oorzaken van infectieziekten zijn immers in de loop van de twintigste eeuw goeddeels weggenomen en er zijn succesvolle behandelwijzen voor ontwikkeld. Juist die ziekten werden geassocieerd met armoede en gebrek. De huidige sterfte wordt meer en meer bepaald door ziekten die juist samen lijken te hangen met welvaart en overvloed. Is het dan niet logisch te verwachten dat verschillen in gezondheid zijn afgenomen? (Townsend and Davidson 1982:112)

De conclusies van een Nederlandse conferentie over sociaal-economische gezondheidsverschillen — georganiseerd in november 1991 door de WRR en de Commissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen — zijn in dit verband interessant. Een van de drie conclusies van de conferentie luidt namelijk: '*Sociaal-economische gezondheidsverschillen blijken sinds ongeveer 1960 weer toe te nemen.*' (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 1992:2). Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau is er daarentegen, wanneer deze verschillen gerelateerd worden aan opleiding, sinds de jaren zestig nauwelijks sprake van een toename van gezondheidsverschillen. Uit de indicatoren voor gezondheid die het Planbureau hanteert zegt men in het algemeen geen conclusies te kunnen trekken over een be-

¹ Het oorspronkelijke rapport is in april 1980 aan de Britse overheid aangeboden. Pas in augustus 1980 is het door de overheid op zeer beperkte schaal gepubliceerd. Twee jaar later is het in boekvorm uitgegeven.

duidende toename van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het verschil in risico tussen de hoogste en laagste opleidingscategorie om te maken te krijgen met een of meer ernstige aandoeningen blijkt echter wel groter te worden. Was dat verschil in 1974 nog 1.3, in 1988/89 is het opgelopen tot 2.0 (Sociaal en Cultureel Planbureau 1992:35).

In 1994 concludeert de Programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen in haar eindrapport dat er *belangrijke aanwijzingen* zijn dat de gezondheidsverschillen sinds de Tweede Wereldoorlog zijn toegenomen. Deze toename wordt niet alleen in Nederland, maar ook in Engeland en Wales, Frankrijk en de Verenigde Staten aangetroffen. Dit wijst er volgens de commissie op dat *'het toenemen van de welvaart in deze landen en de opbouw van de verzorgingsstaat in een aantal daarvan geen garanties vormen voor een vanzelf verdwijnen van sociaal-economische sterfteverschillen'* (Programmacommissie 1994:9). Een verklaring hiervoor kan liggen in de ontwikkeling van de sterfte aan hart- en vaatziekten. De opkomst van deze 'moderne epidemie' was onder mensen bovenaan de maatschappelijke ladder eerder over het hoogtepunt heen. Uit onderzoek op regionaal niveau blijkt dat de toename van de sterfte door hart- en vaatziekten in de jaren vijftig en zestig vooral in de meer welvarende regio's plaats vond. Daardoor werkten deze ziekten nivellerend op gezondheidsverschillen. Rond 1970 vindt er een omslag plaats: hart- en vaatziekten werden vanaf dat moment voornamelijk een probleem van de minder welvarende regio's (Mackenbach 1994:33).

Recent is een secundaire analyse uitgevoerd van de Leefsituatie-onderzoeken van het Centraal Bureau voor de Statistiek van 1974, 1977, 1980 en 1983 en van de Panelstudie naar gezondheid van de Nederlandse bevolking die in 1981 en 1983 door de Rijksuniversiteit Limburg is gehouden (Joosten 1995). De uitkomsten ervan bevestigen opnieuw: sociaal-economische gezondheidsverschillen *nemen toe*. Deze tendens wordt momenteel in de meeste Westerse landen vastgesteld. Dit is sinds het hoogtepunt van de Industriële Revolutie niet meer voorgekomen.

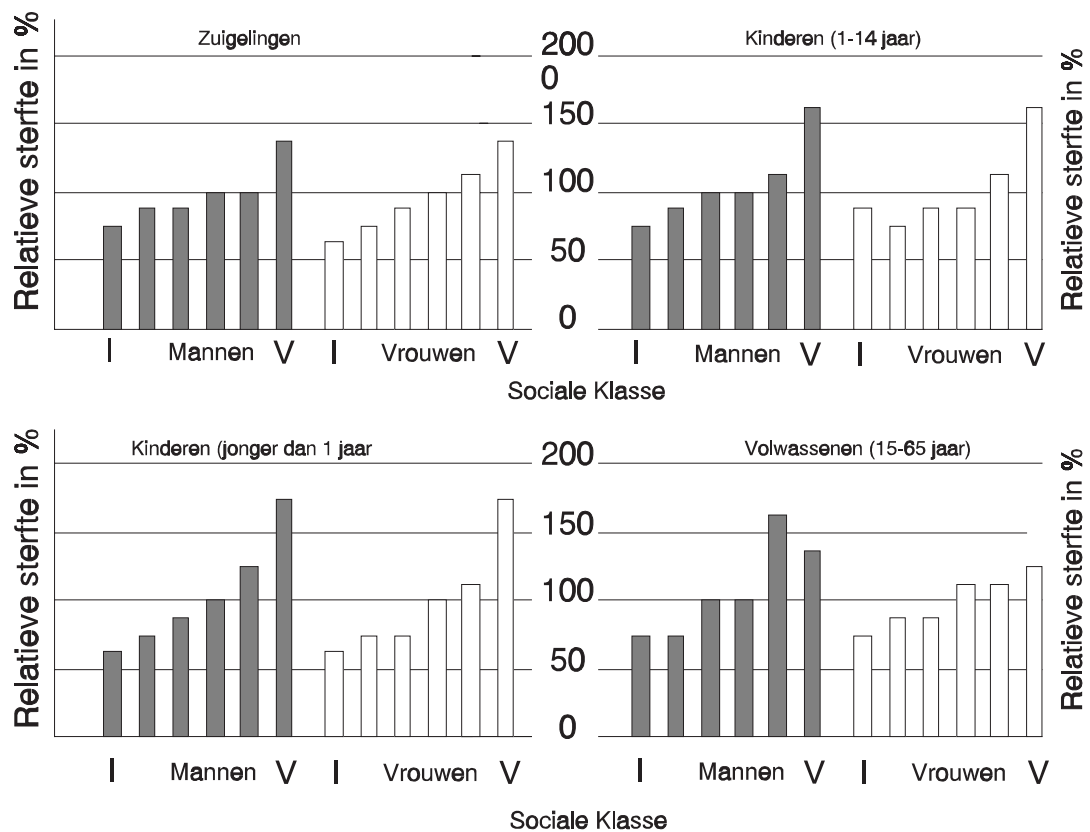
2.3 De huidige gezondheidsverschillen

2.3.1 Het Black Report

Als er een studie is geweest die na de Tweede Wereldoorlog gezondheidsverschillen onder de aandacht heeft gebracht, is het wel het hierboven al even aangehaalde 'Black Report' uit 1980. Het rapport schied een voor de toenmalige Britse regering uiterst onwelgevallig beeld van een samenleving die gekenmerkt wordt door een toenemende ongelijkheid in gezondheid. In praktisch alle gevallen bleek er een relatie te bestaan tussen sociale klasse en gezondheid. Hoe lager de sociale klasse, hoe hoger de sterfte en hoe hoger de morbiditeit. Sociale klasse wordt in dit rapport opgevat als 'beroepsgroep', dat in de definitie een sterke band heeft met opleiding. Er worden zes beroepsgroepen onderscheiden (met tussen haakjes voorbeelden en het percentage van de Britse mannelijke beroepsbevolking):

- I Academici (arts, accountant, jurist, hoogleraar) (5%)
- II Middenkader (onderwijzer, verpleegkundige, manager) (18%)
- IIIw Geschoold, witte boord (kantoorbediende, winkelbediende, beampte) (12%)
- IIIb Geschoold, blauwe boord (buschauffeur, slager, timmerman) (38%)
- IV Deels geschoold (landbouwer, busconducteur, postbode) (18%)
- V Ongeschoold (schoonmaker, havenarbeider, handarbeider) (9%) (Townsend and Davidson 1982:48, in de vertaling van Schepers en Nievaard 1995:156).

In Figuur 2 is de gestandaardiseerde sterfte weergegeven voor vrouwen en mannen in vier leeftijdscategorieën. Het patroon laat zich uit de grafieken lezen: hoe lager de beroepsgroep, hoe hoger de sterfte. De sterfte onder kinderen bij de geboorte en in de eerste levensmaand is bij beroepsgroep V tweemaal zo hoog als bij beroepsgroep I. In de rest van het eerste



Figuur 2 Sterfteverschillen in Engeland en Wales naar beroepsgroep en leeftijd. Bron: Townsend 1982:52.

levensjaar verschilt de sterfte zelfs met een factor drie. Bij kinderen tussen 1 en 14 daalt het verschil tot tussen 1,5 en 2. In latere leeftijdsgroepen stijgt het nog iets (Townsend and

Davidson 1982:63-64).

2.3.2 Europa en Noord-Amerika

Ondanks spaarzaam en moeilijk vergelijkbaar onderzoeksmateriaal (Illsley 1988)², zijn voor de meeste landen in Europa en Noord-Amerika sociaal-economische gezondheidsverschillen vastgesteld en beschreven. Sociaal-economische gezondheidsverschillen blijken een zeer algemeen verschijnsel te zijn en zich voor te doen voor vrijwel alle gezondheidsproblemen. In de grote meerderheid van de gevallen is er een gradiënt te zien in het negatieve verband tussen gezondheid en sociaal-economische indicatoren: hoe lager de gemiddelde sociaal-economische status, hoe minder de gemiddeld gezondheid en andersom (Mackenbach 1994:68). Als gekeken wordt naar de samenhang tussen opleiding en de eigen ervaren gezondheid³ is in Tabel 1 te zien dat de gezondheidsverschillen in Finland, West-Duitsland, Canada en de Verenigde Staten relatief groot zijn en in Zweden en het Verenigd Koninkrijk relatief klein. Feitelijke sterfteverschillen, gerelateerd aan opleiding, zijn het grootst in Engeland, de Verenigde Staten, Finland, Frankrijk en Italië en het kleinst in Noorwegen, Denemarken, Zweden en Nederland (Kunst and Mackenbach 1993:90).

Wanneer het verschil tussen 'groot' en 'klein' uitgedrukt wordt in jaren levensverwachting, dan verschilt deze levensverwachting tussen de groep mannen met de laagste en met de hoogste opleiding in Finland 6,8 jaar en in Nederland 4,5 jaar (Mackenbach 1994:69-70). Met de conclusie in het hoofd dat gezondheidsverschillen in Nederland in internationaal perspectief gezien relatief klein zijn, wordt in de volgende paragraaf de huidige situatie in Nederland beschreven.

2.3.3 Nederland

Zoals elders wordt gezondheid in Nederland doorgaans gemeten aan de hand van sterfte- en ziektecijfers. Het meest veelzeggend komen deze cijfers tot uiting in de gemiddelde levensverwachting bij geboorte. Deze levensverwachting stijgt in Nederland nog steeds. In 1991 is deze voor vrouwen 80 (was in 1950 bijna 72) en voor mannen 74 (was in 1950 ruim 70). Wanneer levensverwachting wordt gecorrigeerd met jaren die worden doorgebracht in zieken- of verpleeghuizen en met jaren waarin men te maken heeft met korte of langdurige lichamelijke beperkingen, wordt gesproken van *gezonde levensverwachting*. Vrouwen brengen ruim 18 jaar van hun leven (23%) door in minder goede gezondheid. Voor mannen is dit

² Overigens is Groot Brittannië hierop een uitzondering. Dit land heeft dankzij een gedetailleerde registratie van zowel gezondheidsindicatoren als -determinanten een lange traditie in onderzoek naar gezondheidsverschillen.

³ Hiermee wordt de gezondheid bedoeld zoals mensen die zelf rapporteren.

Tabel 1 Vergelijking van de omvang van de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland met die in een aantal andere landen (Bron: Mackenbach 1994:70).

Relatieve grootte van verschillen t.o.v. Nederland	Sterfte naar opleidingsniveau, 35-54 jaar, ca. 1970-1980	Gezondheidsoordeel 'minder dan goed' naar opleidingsniveau, 15 jaar en ouder, ca. 1985-1990	
	Mannen	Mannen	Vrouwen
Kleiner	—	Zweden Verenigd Koninkrijk	—
Ongeveer even groot	Noorwegen Denemarken Zweden	Denemarken	Zweden Verenigd Koninkrijk
Groter	Engeland/Wales Verenigde Staten Finland Frankrijk Italië	Finland West-Duitsland Canada Verenigde Staten	Denemarken Finland West-Duitsland Canada Verenigde Staten

13 jaar (17%). Deze verschillen werken nivellerend op het beeld van gezondheid van vrouwen en mannen: beide hebben een gezonde levensverwachting van ongeveer 61 jaar (Sociaal en Cultureel Planbureau 1992:33).

Gezondheid is behalve als levensverwachting ook zichtbaar te maken met behulp van factoren die iets zeggen over de meer letterlijke betekenis van gezondheid, namelijk de afwezigheid van ziekte of gebrek. Die factoren zijn het ontbreken van een ernstige of langdurige aandoening, het afwezig zijn van zintuiglijke gebreken, een goed of zeer goed ervaren gezondheid en tenslotte de afwezigheid van psychosomatische klachten. Ondanks een veroudering van de Nederlandse bevolking lijkt de ontwikkeling in het aantal zintuiglijke gebreken en in de subjectief ervaren gezondheid te wijzen op een verbetering van de volksgezondheid. Het aantal personen zonder een langdurige aandoening neemt daarentegen af (Sociaal en Cultureel Planbureau 1992).

In 1992 stelt het Sociaal en Cultureel Planbureau dat zich in Nederland tussen verschillende sociale klassen al decennia lang verschillen in gezondheid voordoen. Wanneer geslacht en leeftijd gelijk gehouden worden, komen chronische aandoeningen en psychosomatische klachten minder vaak voor naarmate het opleidingsniveau stijgt. Ook de subjectief ervaren gezondheid wordt dan beter. Als indicatie voor sociale klasse wordt opleidingsniveau gebruikt. Het Planbureau noemt enkele gegevens die gerelateerd zijn aan sociale klasse en waarin doorgaans verklaringen voor de verschillen worden gezocht: ongunstige leefomstandigheden, een cumulatie van slechte levensgewoonten, sociaal isolement en traumatische gebeurtenissen in het leven. Ook wordt het mogelijk geacht dat het omgekeerde het geval kan zijn. Niet

alleen is sociale klasse van invloed op gezondheid, maar tevens is gezondheid een factor die invloed heeft op iemands sociale positie. Het feit dat mensen met een slechte gezondheid maatschappelijk minder succesvol zijn, kan werken als een selectiemechanisme (Sociaal en Cultureel Planbureau 1992:9).

Opleiding wordt in onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen vaak als centrale indicator voor sociaal economische status gebruikt. De reden hiervoor is dat opleidingsniveau de meeste stabiele indicator voor iemands sociaal-economische positie is.⁴ Opleidingsniveau laat zo het meest duidelijk het verband met gezondheid zien. Dat blijkt ook uit empirische gegevens. Doornbos en Kromhout (1990) spreken naar aanleiding van een onderzoek naar sterfgevallen tot 1982 van de lichte 1950/51 van 78.505 rekruten van *'a very consistent universal association between educational level and mortality.'* (Doornbos en Kromhout 1990:376)

De lijst van onderzoeksresultaten die wijzen op een positief verband tussen gezondheid en opleidingsniveau is indrukwekkend. Wanneer gezondheid wordt afgezet tegen opleidingsniveau zijn de verschillen opvallend. In Tabel 2 wordt een aantal recente resultaten weergegeven. Er is nauwelijks een andere conclusie te trekken dan de conclusie die het Planbureau zelf trekt: *'Op het ziekteverzuim na wijzen de bevindingen duidelijk in de richting van een slechtere gezondheid van personen met een relatief lage opleiding.'* (Sociaal en Cultureel Planbureau 1992:34)

Al eerder — in 1988 — hebben Mackenbach en Stronks in een overzichtsartikel aan de hand van onderzoek in Nederland in de periode 1982-1987 laten zien dat er niet alleen een verband is tussen opleidingsniveau en gezondheid, maar ook tussen de bredere factor sociaal-economische status en gezondheid. Hogere sociaal-economische groepen hebben minder gezondheidsklachten (Mackenbach en Stronks 1988; Mackenbach en Van der Maas 1987). Zo onderzochten Van den Bos en Lenoir 10.000 Amsterdammers en lieten zien dat mensen in de lagere sociaal-economische groepen meer last hebben van chronische aandoeningen. Zij vonden een verband tussen het vóórkomen van chronische aandoeningen en alle drie de indicatoren voor sociaal-economische status: opleiding, beroep en inkomen (Van den Bos en Lenoir 1991:16). Hetzelfde geldt voor problemen in het dagelijks functioneren die het gevolg zijn van chronisch ziek-zijn, voor ervaren gezondheid en voor de rapportage van depressieve klachten door de onderzochten (Van den Bos en Lenoir 1991:35). In 1990 trekt Spruit na analyse van een aantal onderzoeken de conclusie dat structurele verschillen in gezondheid naar sociaal-economische status *'highly probable'* zijn, maar dat er onvoldoende kennis is over het aandeel dat sociaal-economische status in deze verschillen heeft. Er zijn

⁴ In een onderzoek naar het gebruik van SES-indicatoren voor onderzoek naar gezondheidsverschillen heet het dat *'opleiding een indicatie geeft van iemands kennis, belangrijke hulpbron en component van SES, en dat ook de andere indicatoren van SES zoals beroep en inkomen met opleiding samenhangen.(..) Omdat kennis van invloed is op leefomstandigheden, gezondheidsgedrag en gebruik van gezondheidszorg, gebruiken SEGV-onderzoekers opleiding veelvuldig als sociale variabele.'* (Van Berkel-van Schaik en Tax 1990:28) Daarbij komen nog enkele praktische redenen voor het gebruik van 'opleiding' als indicator: iedereen volgt of heeft een opleiding gevolgd, opleidingen zijn gemakkelijk in te delen en zijn gegevens over opleidingsniveau niet moeilijk te verkrijgen.

Tabel 2 Verdeling van gezondheidsindicatoren naar opleidingsniveau. Bron: SCP 1992:34

<i>Gezondheidsindicatoren: verdeling naar opleidingsniveau</i>					
opleidingsniveau	laag (27%)	(32%)	(30%)	(9%)	hoog (3%)
gemiddeld geboortegewicht (1981-1985 in grammen)	3.190	3.338	3.341	3.424 ^a	
gemiddelde lichaamslengte van volwassenen (1981-1983, in cm) ^b					
mannen	175	177	178	179	180
vrouwen	165	166	166	167	168
gemiddeld aantal psycho- somatische klachten (VOEG-score, 48 items 1983-1985)	8,4	6,9	6,1	5,2	5,2
chronische aandoeningen (1983-1985, aantal per 100 pers.) ^c	46	41	39	35	29
ernstige beperkingen (1986-1988, perc.pers.met min. één) ^c	19	13	11	9	6
subjectief ervaren gezondheid (1983- 1985, perc. pers. 'niet zo goed') ^c	29	20	17	13	13
arbeidsongeschiktheid (perc. en geschatte relatieve risico's) ^d	18 (2,5)	9 (1,6)	5 (1,2)	3 (1,0) ^a	
ziekteverzuim (1981-1984, perc. pers. in 1 jaar)	54	51	53	55	54
sterfte op volwassen leeftijd (1950-1981,relatief risico) ^e	1,49	1,22	1,15	1,0 ^a	

^a Opleidingsniveau 4 en 5 tezamen.

^b Gestandaardiseerd voor leeftijd.

^c Gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht.

^d Verhouding van de laagste tov de hoogste opleidingscategorie. Bloemhoff en De Winter (1991).

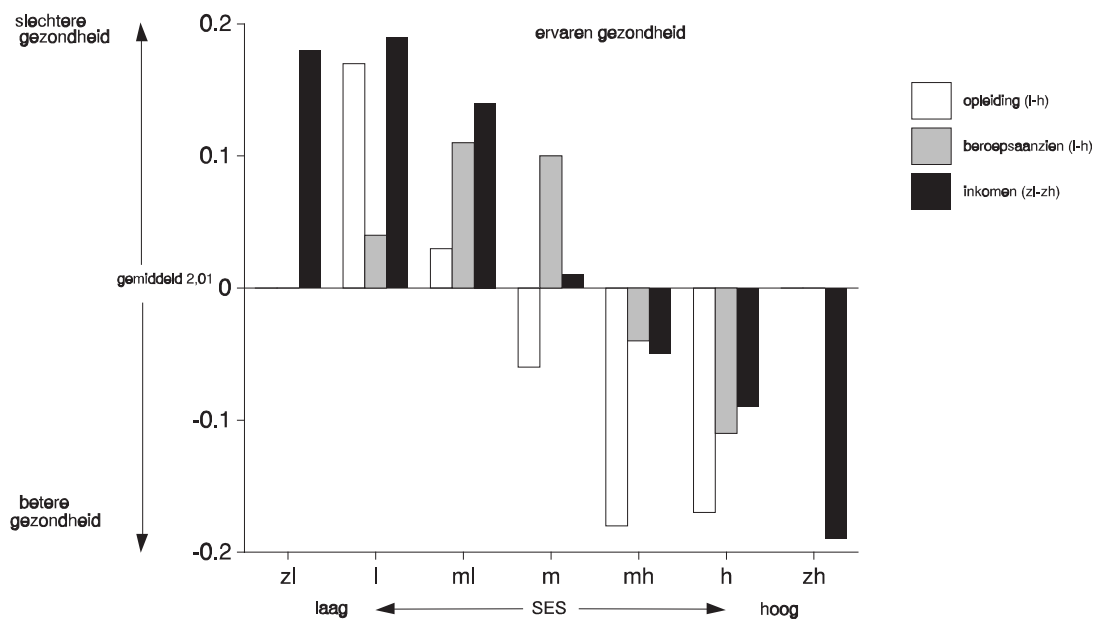
^e Verhouding van de laagste tov de hoogste opleidingscategorie. Doornbos en Kromhout (1990).

Bron: Mackenbach (1991a) op basis van CBS gezondheidsenquête met uitzondering van de noten d en e.

met andere woorden nog weinig kwantitatieve conclusies te trekken (Spruit 1990:324).⁵

⁵ De resultaten van een onderzoek van Appels et al. waren echter niet eenduidig. Er werd een verband geconstateerd tussen beroepsklasse en totale sterftetekans, maar niet tussen beroepsklasse en incidentie en sterfte aan coronaire hart-ziekten. Ook het vooronderstelde verband tussen algemene sterftetekans en opleiding bleek niet te bestaan (Appels et al. 1990).

In 1991 heeft CBS/TNO een secundaire analyse uitgevoerd naar sociaal-economische gezondheidsverschillen op basis van de Gezondheidsenquête 1983-1988. In de analyse worden voor sociaal-economische status de indicatoren *opleiding*, *beroep* en *inkomen* gebruikt. Voor gezondheid zijn dat de indicatoren *ervaren algemene gezondheid*, *aantal chronische aandoeningen*, *aantal lichamelijke beperkingen* en de *VOEG-score* (Vragenlijst voor Onderzoek naar Ervaren Gezondheid). Er blijkt een duidelijk verband te bestaan tussen de drie sociaal-



Figuur 3 Afwijkingen van de gemiddelde ervaren (on)gezondheid naar opleiding, beroepsaanzien en inkomen, gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd (resultaten van de multiple classificatie analyse) Bron: CBS/TNO 1991:14.

economische status-variabelen en de vier gezondheids-indicatoren. In veel gevallen vormen de resultaten over de gezondheidstoestand zelfs een gradiënt van de variabelen van de sociaal-economische status. Opleiding geeft als indicator voor sociaal-economische status de sterkste relaties met gezondheid. Omgekeerd geeft de ervaren algemene gezondheid de sterkste relaties met sociaal-economische status als variabele als geheel (CBS/TNO 1991:24). Figuur 3 laat als voorbeeld het verband tussen ervaren algemene gezondheid en de drie factoren van sociaal-economische status zien als afwijkingen van het gemiddelde. De gemiddelde ervaren gezondheid in Nederland is goed (2,01) op een schaal die loopt van zeer goed (1) tot slecht (5). De variabele inkomen telt zeven categorieën (van zeer laag 'zl', tot zeer hoog 'zh') en de variabelen opleiding en beroepsaanzien elk vijf (van laag 'l', tot hoog 'h'). Uiterst links en

rechts in de grafiek is de hoogste en de laagste inkomenscategorie apart weergegeven. De grafiek laat zien dat er een negatief verband bestaat tussen ervaren gezondheid en de drie indicatoren van sociaal-economische status: opleiding, beroep en inkomen. Mensen met een lagere sociaal-economische status ervaren hun gezondheid als minder goed dan gemiddeld. In de grafiek komt dat tot uiting als een hogere score op ongezondheid. Bij opleiding en inkomen zijn de verschillen het duidelijkst te zien. Ook Uniken Venema en Hoogendijk komen op grond van secundaire analyse van vijf onderzoeksbestanden tot een dergelijke conclusie: er is een consistente samenhang tussen sociaal-economische status (gemeten naar het onderwijsniveau en het beroep) van de respondenten en de beoordeling van de eigen gezondheid (Uniken Venema en Hoogendijk 1990:101).

De voorgaande resultaten worden tenslotte bevestigd in het al eerder genoemde onderzoek van Joosten uit 1995. Er bestaan verschillen in gezondheid tussen groepen Nederlanders die niet te herleiden zijn tot leeftijd en geslacht en evenmin tot selectie door gezondheid zelf (de verklaring waarin gezondheid de onafhankelijke variabele is; zie 2.5.4). Voor de dood is dus niet iedereen gelijk. Het rijke en goed opgeleide deel van Nederland is gezonder, leeft langer, heeft minder last van beperkingen en spendeert minder tijd in een ziekenhuis of in de WAO.

De samenhang tussen sociaal-economische status en gezondheid is onontkoombaar. Vooral de factor opleiding speelt hierin een belangrijke rol. Er is, met andere woorden, ook in Nederland sprake van sociale ongelijkheid die zich manifesteert in ongelijkheid voor ziekte en dood.

Maar als besluit moet hierbij zelfs nog aangetekend worden dat de resultaten van onderzoeken naar sociaal-economische gezondheidsverschillen geflatteerd zijn, omdat de 'onderkant van de samenleving', waar de grootste concentratie ongezondheid te verwachten is, niet of nauwelijks bij de gebruikte surveys wordt bereikt. Ook de Programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen heeft hier meermalen op gewezen (Programmacommissie 1994, Joosten 1995). Zonder gericht en tijdsintensief onderzoek is de gezondheid van illegalen, daklozen, junkies, zwakbegaafden, psychiatrische patiënten en andere bewoners van de maatschappelijke rafelrand niet in kaart te brengen (Van der Heijden 1994). Overigens hoeven we niet persé of zoek naar deze 'exotische' groepen. Ook de gemiddelde respons op surveys in achterstandswijken is vaak bijzonder laag (Engbersen 1990). De precieze bijdrage van deze groepen aan gezondheidsverschillen blijft zodoende ongewis.

In de volgende paragraaf wordt bekeken hoe de problematiek rond gezondheidsverschillen zich voor doet in de grote steden.

2.4 De stad

Ook al bestaat de stad al sinds het eind van de Middeleeuwen niet meer als een zelfstandige entiteit, en heeft het onderscheid stad en platteland wellicht eerder een ideologische dan een

wetenschapstheoretische basis (Tromp 1987), toch is de stad een realiteit die mensen als zodanig ervaren. Kreukels noemt de stad niet alleen het complex van bouwwerken, maar ook een sociaal fenomeen: het is een centrum van cultuur, transacties en allerlei activiteiten. Het is een knooppunt van accommodaties, waar uiteenlopende handelingen kunnen plaatsvinden. Dit is ook het beeld van de stad zoals dat in de letterkunde naar voren komt. Essentieel is dat de stad in maatschappelijk en cultureel opzicht een knooppunt is van wat zich in de samenleving afspeelt (Kreukels et al. 1987: 148 e.v.). Garretsen en Raat merken in hun WRR-studie *Gezondheid in de vier grote steden* op dat de grootstedelijk regio's aan de ene kant concentraties zijn van problemen als verloedering, werkloosheid en AIDS en aan de andere kant het middelpunt van nieuwe ontwikkelingen zoals op het gebied van de informatietechnologie, de zakelijke dienstverlening, architectuur, kunst en wetenschap (Garretsen en Raat 1989:7). De stad is een economisch, sociaal en cultureel verschijnsel, een vervlechting van sociale groepen en levensstijlen, meer dan een ruimtelijke en zichtbare vesting. Het is in die zin interessant juist in de stad te kijken naar een verschijnsel als gezondheid, dat immers evenzeer cultureel, sociaal en economisch bepaald is.

In tegenstelling tot een gangbaar stereotiep beeld van de gevaarlijke en riskante stad, zijn de moderne steden geen poelen van ziekte en verderf: de algemene gezondheidssituatie van de stedelingen was tot voor kort niet opvallend slechter dan van bewoners van het platteland.⁶ Dat gold voor de gemiddelde gezondheid. Er zijn enkele aspecten die hiervan uitgezonderd zijn. Geslachtsziekten en AIDS lijken vooral een probleem van de grote steden te zijn. Problemen rond geestelijke gezondheid komen in de grote steden vaker voor dan elders. Van de Laar en Van de Water (1986) vonden na correctie voor leeftijd, geslacht en burgerlijke staat voor de grote steden in Zuid Holland hogere opnamecijfers in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen: Den Haag 99%, Rotterdam 17% en Leiden 65% (meergebruik APZ ten opzichte van Zuid Holland als geheel). De inwoners van Nijmegen onderscheiden zich van de omliggende dorpen door een hoger percentage klachten en een lagere gemiddeld ingeschatte gezondheid. Stedelingen bleken meer en ernstiger psychische problemen te hebben (Furer en Tax 1987). Ook het gebruik van het RIAGG lijkt gekoppeld aan urbanisatiegraad. Waar het gemiddelde RIAGG-gebruik over Nederland 1% per jaar bedraagt, loopt het naar urbanisatiegraad van 0,7% (<50.000 inwoners), via 1,0% (50.000-100.000) op tot 1,5% voor gemeenten van 100.000-400.000 inwoners. Rotterdam scoort 1,5%, Amsterdam 1,7% en Den Haag 1,1% (Van den Brekel 1988).

Alcoholgebruik is in de grote steden niet ernstiger dan op het platteland, dit in tegenstelling tot het gebruik van harddrugs dat vooral in de grote steden voorkomt. Bepaalde groepen zoals allochtonen en ouderen met een gemiddeld lage sociaal-economische status en een minder goede gezondheid, zijn in de grote steden oververtegenwoordigd. Ook wonen in de steden relatief veel éénoudergezinnen en alleenstaanden. Voor zover de gezondheidstoestand

⁶ In een analyse van sterftecijfers uit het verleden laat Van Poppel zien dat er in het midden van de vorige eeuw een sterke samenhang was tussen mate van urbanisatie en verhoogde sterfte. Deze samenhang nam af en was in de jaren dertig van deze eeuw niet meer aantoonbaar (Van Poppel 1991).

van de inwoners van de grote steden slechter is lijkt dat vooral samen te hangen met deze afwijkende bevolkingssamenstelling, met gezondheidsbedreigend gedrag en met de fysieke omgeving (Garretsen en Raat 1989:49). Uitzondering hierop vormt de conclusie van een CBS-onderzoek. De eigen ervaren gezondheid (gemeten middels de Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid) blijkt hierin over het algemeen slechter naarmate de urbanisatiegraad hoger wordt. Gecorrigeerd naar leeftijd en geslacht hebben alle 17 gemeenten van meer dan 100.000 inwoners een minder goede ervaren gezondheidstoestand dan omringende regio (Van Sonsbeek 1989).

In 1994 rapporteert Reijneveld voor de gemiddelde Amsterdammer op elke leeftijd een hogere kans om te overlijden dan de gemiddelde Nederlander (Reijneveld 1994:31). Dit markeert een omslag in de ontwikkeling van kennis over gemiddelde gezondheid in de grote steden. Daarbij sluiten de bevindingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau in 1996 aan: de gemiddelde gezondheid van de grote steden neemt sinds de tweede helft van de jaren zeventig af ten opzichte van andere niveaus van urbanisatie. Voor mannen in Amsterdam, Den Haag en Rotterdam geldt dat — ondanks de doorzettende daling elders — de gemiddelde sterfte zelfs in absolute zin is toegenomen. De verklaring hiervoor wordt vooral gezocht in selectieve migratie: de jonge gezinnen met de beste inkomens en opleiding (en de beste gezondheid) zijn meet name vanaf de jaren zeventig uit de huurwoningen van de grote steden vertrokken en hebben zich gevestigd in de koopwoningen in de forenzenplaatsen. De gemiddelde gezondheid van de achterblijvers en van de nieuwkomers is aanmerkelijk slechter (SCP 1996:53-55).

De grote stad is gemiddeld ongezonder dan de rest van het land, maar ook de ongelijke verdeling *binnen* de steden is scherper dan elders. Wanneer het gaat om sociaal-economische gezondheidsverschillen, de verdeling van gezondheid, verkeren de steden in een bijzondere positie. Hieronder worden achtereenvolgens Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht besproken op het punt van de interne ongelijke verdeling van gezondheid van de steden. De keuze van deze steden vloeit voort uit de bijzondere positie die de vier grote steden in het overheidsbeleid hebben en is daarnaast gemaakt uit oogpunt van aansluiting bij de bestaande onderzoekstraditie naar gezondheid in de vier grote steden (Garretsen en Raat 1989; Haverkate et al. 1993).

2.4.1 Amsterdam

Een spraakmakend onderzoek dat de vinger legde op de grote verschillen in gezondheid tussen buurten is dat van Habbema et al. uit 1980. In dit onderzoek, dat bekend werd onder de naam Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam, werden over de periode 1972-1976 op buurtniveau de buurtkenmerken in verband gebracht met gegevens over de gezondheid. 'Op buurtniveau' wil zeggen dat de analyse-eenheid niet het individu is, maar de buurt. Er werden voor het onderzoek geen nieuwe gegevens verzameld, maar er werd gebruik gemaakt van bestaande gegevens van vooral gemeentelijke diensten. Als buurtkenmerken werden gebruikt: demografi-

Tabel 3 Sterfte, arbeidsongeschiktheid en ziekenhuisopnamen in de 18 geografische eenheden van Amsterdam. Vet: significant afwijkend van het gemiddelde=100. Bron: Habbema 1980:103.

GE	Omschrijving	Sterfte	Arbeids- ongeschikt- heid	Zieken- huis- opnamen	Gezond- heids- index
I	Nieuw Noord	83	77	84	81
II	Oud Noord	106	119	109	111
III	Centrum West	115	100	99	108
IV	Centrum Oost	115	110	88	104
V	Jordaan/Spaandammer	117	135	117	123
VI	19.Eeuwse Gordel West	119	125	109	118
VII	Erasmuspark e.o	88	109	96	98
VIII	Kostverloren	89	101	115	102
IX	Slotermeer/Geuzeveld	89	88	94	90
X	Slotervaart/Osdorp	88	83	84	85
XI	Stadion/Schinkelbuurt	105	100	117	107
XII	Concertgebouwboulevard	88	66	92	82
XIII	Apollohuizen	88	44	86	73
XIV	Buitenveldert	76	55	83	71
XV	Rivierenbuurt	96	74	100	90
XVI	De Pijp	122	102	110	111
XVII	19.Eeuwse Gordel Oost	114	120	113	116
XVIII	Watergraafsmeer e.o.	93	91	91	92

sche kenmerken, sociaal-economische kenmerken, kenmerken van de woningen en van de woonomgeving en de dichtheid van vestigingen van huisartsen in de buurt. Gezondheid is in dit onderzoek vertaald in gegevens over sterfte, ziekenhuisopname en arbeidsongeschiktheid.⁷ Uit Tabel 3 blijkt dat een positieve afwijking van het gemiddelde (>100) op de drie indicatoren vooral geldt voor de nieuwere buitenwijken en voor de Apollo- en Concertgebouwboulevard en een negatieve afwijking voor de binnenstad en de 19e eeuwse gordel. De significante afwijkingen zijn in de tabel vet weergegeven. Dezelfde resultaten zijn grafisch weergegeven in Figuur 4.

De samenhang tussen gezondheid en buurtkenmerken blijkt uit Tabel 4. De drie indicatoren voor gezondheid – sterfte, ziekenhuisopnamen en arbeidsongeschiktheid – zijn afzonderlijk weergegeven en tevens verwerkt tot een gecombineerde 'sterfteziektemaat'. Vooral sociaal-economische kenmerken van de buurt en de sociaal-economische status afzonderlijk verklaren een groot deel van de variantie in de gecombineerde sterfteziektemaat. Bij de 'hardste' maat, sterfte, wordt het minst verklaard en bij de 'zachtste' maat, arbeidsongeschiktheid, het meest.

Het onderzoek laat zien dat gezondheid en ziekte in Amsterdam niet toevallig over de stad verdeeld zijn. Er valt een duidelijke samenhang met de buurt te constateren. *'Vooral in de oude centrumbuurten van de stad resulteert een opeenhoping van ongunstige factoren in een overmaat aan ziekte en sterfte.'* (Habbema et al. 1980:106) De sterfte in de meest

⁷ Hierbij moet aangetekend worden dat arbeidsongeschiktheid niet vanzelfsprekend als maat voor gezondheid kan gelden. De Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO) is in het verleden in aanzienlijke mate gebruikt om overtolligen uit het arbeidsproces in onder te brengen, zonder dat in strikte zin tekorten in gezondheid zelf doorslaggevend waren.

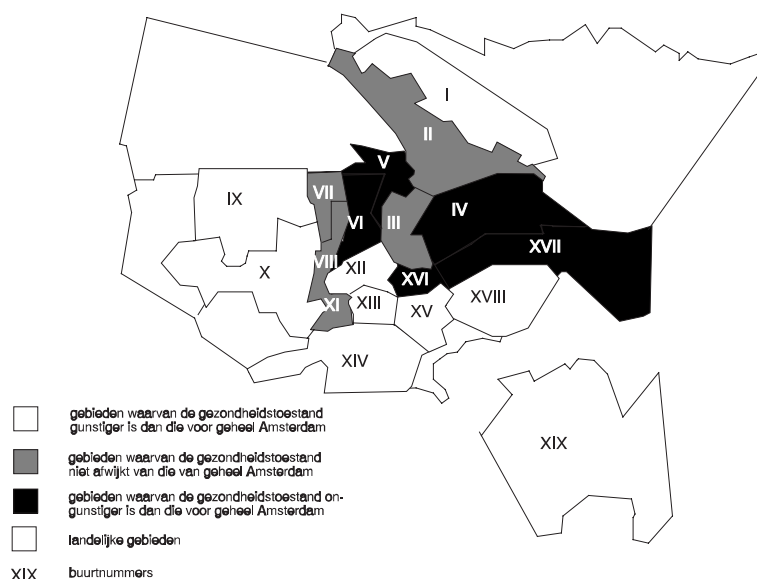
Tabel 4 Overzicht van de zes groepen buurtkenmerken en hun relatie (verklaarde variantie) met de verschillende gezondheidsindices. Bron: Habbema 1980:104.

	sterfte	arbeids- ongeschikt heid	ziekenhuis- opnamen	gekombi- neerde sterfte- ziekte- maat (mannen 15-65)
<i>1. Demografische kenmerken</i> o.m. migratie,percentage alleen- staanden, perc.buitenlanders, leef- tijdsopbouw van de bevolking	13	15	9	13
<i>2. Sociaal-economische kenmerken</i> o.m. sociaal-economische status, politie- ke-, religieuze- en beroepsdiversiteit, gemiddelde huurwaarde woning - sociaal economische status afzonderlijk	14	64	31	72
	20	83	42	88
<i>3. Woningkenmerken</i> w.o outillage van de woning, ouderdom woning	19	44	28	51
<i>4. Bevolkingsdichtheid</i> a. inwoners per hectare b. inwoners per woning c. kamers per inwoner	8 10 19	33 28 41	29 24 8	47 42 28
<i>5. Fysisch-chemische milieukenmerken</i> a. luchtverontreiniging b. verkeerslawaaï c. vliegtuiglawaai d. hardheid van het drinkwater	12 13 9 8	24 20 18 5	19 24 26 5	24 34 26 7
<i>6. Huisartsendichtheid</i>	4	17	13	18

welvarende buurten bedroeg voor elke leeftijdsklasse de helft tot tweederde van de sterfte in de minst welvarende buurten. De verschillen in levensverwachting tussen buurten lopen daardoor tot 5 jaar op. In de minst welvarende buurten vonden ook twintig tot dertig procent meer ziekenhuisopnamen plaats.

Het Vergelijkend Buurtonderzoek heeft een vervolg gehad over de periode 1977-1983 (Van der Maas et al. 1987). De gevonden gezondheidsverschillen tussen buurten in Amsterdam bleken tamelijk stabiel te zijn (zie Figuur 5)⁸. Enige verschuiving trad op in ziekenhuisopnamen. De verdeling van sterfte tussen de buurten (arbeidsongeschiktheid werd niet onderzocht) bleek praktisch identiek aan die uit de periode 1972-1976. Ook de onderliggende ver-

⁸ Ten opzichte van 1972-1976 zijn er enkele wijzigingen opgetreden in de Amsterdamse buurtindeling.

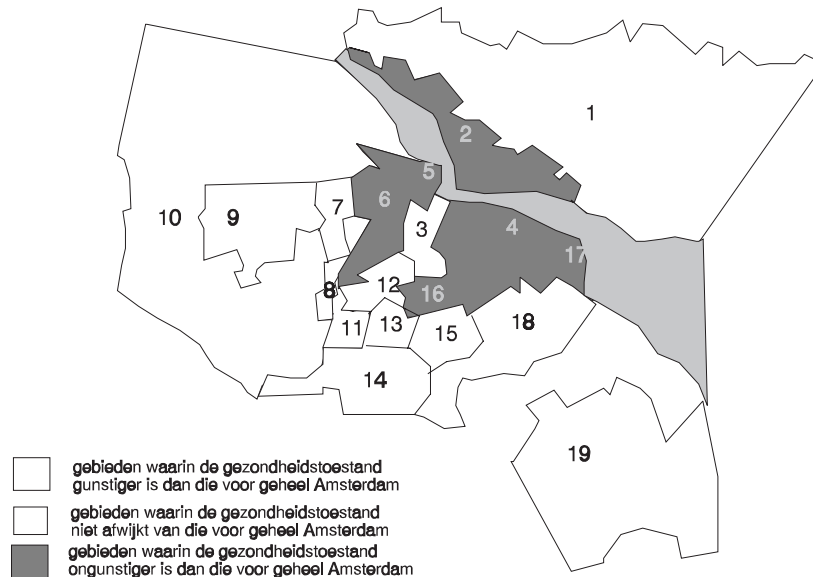


Figuur 4 De geografische spreiding van de gezondheidstoestand over de stad Amsterdam. Bron: Lau IJzerman 1980:34.

deling van buurtkenmerken wijzigde zich nauwelijks. Een achterstand in gezondheid gaat vrijwel steeds samen met deprivatie op sociale en economische terreinen. Die deprivatie uit zich (onder andere) in negatieve buurtkenmerken (Van der Maas et al. 1987:61). De Dienst Bestuursinformatie heeft deze samenhang in 1988 visueel gemaakt middels 'sectorprofielen' van buurten. In een 'sectorprofiel' van het stadsdeel Westerpark (Spaarndammer-/Zeeheldenbuurt en Staatslieden-/Frederik Hendrikbuurt) is te zien hoe alle indicatoren negatief uitpakken ten opzichte van het Amsterdamse gemiddelde (zie Figuur 6).⁹

Een onderzoek naar chronische aandoeningen en het gebruik van zorg (Van den Bos 1989) geeft in vergelijking met het Vergelijkend Buurtonderzoek II (Van der Maas et al. 1987) een 'redelijk consistent beeld'. Ondanks het feit dat het eerste onderzoek een post-enquête betreft en het tweede onderzoek registratie-gegevens analyseert, leveren de onderzoeken voor geen enkele buurt tegengestelde uitkomsten op (Van den Bos 1989:64-65). Later onderzoek bevestigt de gezondheidsverschillen tussen de Amsterdamse stadsbuurten en de samenhang hiervan met de gemiddelde sociaal-economische status van de buurt (Reijneveld 1994 en

⁹ In de factor 'sociale onevenwichtigheid' spelen zaken mee als: veel langdurige werkloosheid, een hoge zuigelingen- en kindersterfte en veel niet-stemmers bij verkiezingen.



Figuur 5 De geografische spreiding van de gezondheidstoestand over de stad Amsterdam. Bron: Van der Maas 1987:35.

1995).

De beide Vergelijkende Buurtonderzoeken waren opzienbarend omdat het in de verwachting lag dat gezondheidsverschillen tussen buurten al lang tot het verleden zouden behoren. Meerdink had in 1952 laten zien dat de gezondheidsverschillen tussen rijke en armoedige buurten die Egeling (1863) voor de periode 1856-1860¹⁰ en Sajet (1916 en 1919)¹¹ in het begin van deze eeuw had laten zien nauwelijks meer aan de orde waren toen hij kon stellen dat: *'...de sociaal-economische en daarmee de medisch-hygiënische omstandigheden van brede lagen van de bevolking dusdanig zijn verbeterd dat verschillen in welstand niet meer een directe terugslag hebben op de hoogte van het sterftecijfer.'* (Meerdink 1952:10) Een verdere nivellering van de verschillen door toename van de welvaart, de hoge kwaliteit van de gezondheidszorg en het brede werkingsgebied van het sociale verzekeringsstelsel

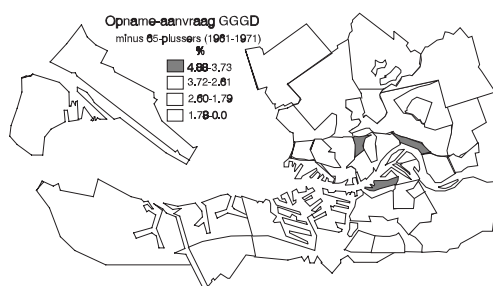
¹⁰ Egeling berekende een sterfte van 3,2% voor de arme buurten en 2,06 voor de rijkere buurten (Egeling 1863:590).

¹¹ Sajet en Van Gelderen schrijven *'Het zijn bijna uitsluitend de kinderen der minder goeiden, die in Amsterdam in de jaren 1909-1911 aan mazelen overleden zijn.'* (...) *'Het is niet aan te nemen, dat in de geheele stad kwaadaardige epidemieën, toevallig zich tot de volksstraten zouden hebben beperkt.'* (Sajet en Van Gelderen 1916:11-12) *'Zo is dus armoede met de onmogelijkheid tot het doorvoeren van een doelmatige behandeling een belangrijke factor bij het ontstaan der bronchopneumonie [kinkhoest].'* (Sajet 1919:12)

lag meer voor de hand dan een nieuwe differentiatie van gezondheid gerelateerd aan welstand (Van den Bos 1989:63). De praktijk in Amsterdam bleek zoals gezien anders.

2.4.2 Rotterdam

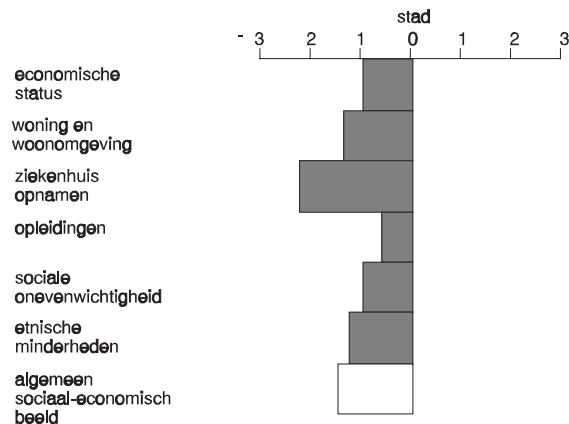
Al eerder echter liet Verdonk iets dergelijks zien voor Rotterdam. In het onderzoek *Rotterdamse stadsbuurten en haar devianten* (Verdonk 1975) is de spreiding onderzocht van enige vormen van deviant gedrag over de stedelijke ruimte van Rotterdam. 'Deviant gedrag' is geoperationali-



Figuur 7 Spreiding van opname-aanvragen over de stad Rotterdam 1961-1971. Bron: Verdonk 1975:262.

seerd als 'psychische stoornis'. De onderzoekspopulatie bestond uit mensen voor wie bij de GG&GD een opname in een psychiatrische kliniek werd aangevraagd en de vraagstelling luidde of er sprake was van een niet-toevallige spreiding van aanvragen over de stad Rotterdam. Figuur 7 geeft de spreiding van de opname-aanvragen weer als promillage van de buurtbevolking. De twee hoogste categorieën worden vooral in de centrumwijken gevonden. Het voorkomen van psychiatrische stoornissen wordt verder van het centrum af geringer. De auteur meldt dat dit bevindingen van Faris en Dunham (1939) en van Levy en Rowitz (1970) in herinnering roept: '*een concentratie van schizofrene patiënten in de centrubuurten van de stad en een afname naar de periferie toe (de z.g. 'gradiënt').*' (Verdonk 1975:264) Uitspraken over de samenhang tussen opnames en sociaal-economische status, hier 'ecologische differentiatie' genoemd, bleken echter niet mogelijk.

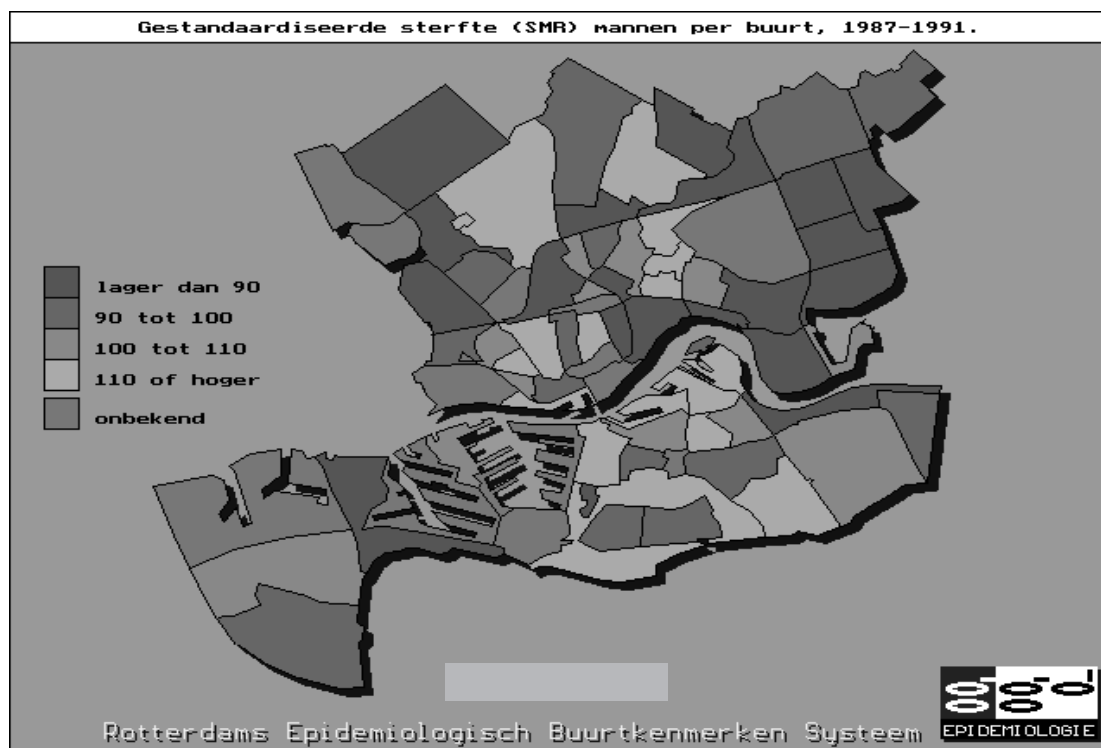
Vanaf 1987 wordt in Rotterdam systematisch onderzoek gedaan naar gezondheid en vooral naar de verdeling van ziekte en gezondheid van de Rotterdammers naar buurten (Reelick 1988). In het Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem (REBUS), wordt op buurtniveau gezocht naar de verdeling van factoren zoals sociaal-economische status, woon-



Figuur 6 Sectorprofiel Spaarndammer-/Zeeheldenbuurt en Staatslieden-/Frederik Hendrikbuurt. Bron: Van Wieringen et al. 1990:7.

seerd als 'psychische stoornis'. De onderzoekspopulatie bestond uit mensen voor wie bij de GG&GD een opname in een psychiatrische kliniek werd aangevraagd en de vraagstelling luidde of er sprake was van een niet-toevallige spreiding van aanvragen over de stad Rotterdam. Figuur 7 geeft de spreiding van de opname-aanvragen weer als promillage van de buurtbevolking.

De twee hoogste categorieën worden vooral in de centrumwijken gevonden. Het voorkomen van psychiatrische stoornissen wordt verder van het



Figuur 8 Gestandaardiseerde sterfte mannen (SMR) per buurt in Rotterdam 1987-1991. Bron: Van Oers et al. 1993.

omgeving, riskant gedrag, zorgvoorzieningen en dergelijke als determinanten voor gezondheid.¹² Concreet worden de vragen onderzocht of sterftetekansen geassocieerd zijn met sociaal-economische status en of de sociaal-economische verschillen in sterfte in Rotterdam vanaf 1987 groter dan wel kleiner zijn geworden. Voor sociaal-economische status worden de indicatoren opleiding, beroep en inkomen gemeten. Omdat sterftecijfers in sterke mate worden beïnvloed door verschillen in leeftijdsopbouw wordt deze maat gecorrigeerd naar verschillen in leeftijdsopbouw. Gemiddelde sterfte wordt aldus gemeten in *Standardized Mortality Ratio*. Evenals bij de Vergelijkende Buurtonderzoeken uit Amsterdam wordt gewerkt met gegevens op buurniveau. Hiermee kunnen beschrijvingen van verschillen worden gemaakt, maar oorzakelijke verbanden zijn moeilijk te leggen. Figuur 8 geeft de spreiding van gestandardeerde sterfte voor mannen weer. Wanneer per buurt sociaal-economische status (in de vorm

¹² Zie hiervoor: Van Oers en Teeuwen 1990; Van Oers et al. 1991; Van Oers en Reelick 1992; Van Oers en Koning-van den Berg van Saparoea 1992; Van Oers 1993a en 1993b.

van een negatieve, als achterstand weergegeven sociaal-economische status hoofdcomponent) wordt afgezet tegen *Standardized Mortality Ratio* ontstaat het volgende beeld (Figuur 9). Elke stip geeft een buurt weer op twee assen: verticaal de sterfte en horizontaal de negatieve sociaal-economische status. De lijn is de regressielijn. Er blijkt een verband tussen sociaal-economische status en sterfte per buurt. Hoe lager de sociaal-economische status hoe hoger over het algemeen de sterfte.

Er zijn dus ook in Rotterdam een aantal buurten die gekenmerkt worden door een dubbele problematiek: een sociaal-economische en een gezondheidsproblematiek. De geschatte verhouding in sterfte tussen de buurten met de laagste en buurten met de hoogste sociaal-economische status is voor mannen 1,39 en voor vrouwen 1,36. De correlaties tussen sociaal-economische status en Standardized Mortality Ratio zijn voor mannen 0,70 en voor vrouwen 0,55. Daarmee zijn de uitkomsten vergelijkbaar met de Vergelijkend Buurtonderzoeken uit Amsterdam (Lau-Ijzerman et al. 1980 en Van der Maas et al. 1987) die een correlatie tussen sociaal-economische status en Standardized Mortality Ratio van 0,56 vonden. Alle drie de onderzoeken concluderen dat de sterfte in buurten met een lage sociaal-economische status hoger is dan in buurten met een hogere sociaal-economische status. Er is ook een andere parallel: zowel het REBUS-project als het Vergelijkend Buurtonderzoek laten de stabiliteit van de verschillen zien. In de beide Vergelijkende Buurtonderzoeken in Amsterdam werden geen veranderingen waargenomen in de samenhangen tussen sociaal-economische status en Standardized Mortality Ratio. In later onderzoek over Rotterdam (Van Oers et al 1991:91) wordt dit bevestigd.

2.4.3 Den Haag

In Den Haag is aangetoond dat de sterfte in de sociaal-economische zwakste wijken over de jaren 1977-1987 35% hoger lag dan in de meest welgestelde wijken (Struben 1988). De verschillen tussen de wijken betekenden omgerekend in levensverwachting een verschil van vijf jaar voor mannen en twee jaar voor vrouwen. Het onderzoek in Den Haag bevestigt de verschillen die in Amsterdam over de jaren 1972-1976 en 1977-1983 werden aangetoond. Ook is vastgesteld dat in de periode 1971-1985, na correctie voor leeftijdsverschillen, de lichaamlengte van kinderen van Nederlandse afkomst in de sociaal hoge wijken met 1.4 cm toenam, tegenover slechts 0.4 cm in de sociaal lage wijken. Lichaamslengte kan gelden als een algemene maat voor gezondheid (Struben 1990:11). Naar men aanneemt is als gevolg van de verslechterde economie in Den Haag bij mannen in de leeftijd van 35-74 jaar de sterfte in de periode 1983-1988 toegenomen ten op zichte van 1977-1982. De sterfte bij de mannen uit de sociaal hogere wijken is echter aanzienlijk minder gestegen. Hierdoor loopt de oversterfte van ongeveer een derde op tot een half. Bij vrouwen vertoont de sterfte echter een lichte daling. Maar ook hier nemen de verschillen toe: de vrouwen uit de hogere sociale wijken hebben meer van de daling geprofiteerd dan de vrouwen uit de lagere sociale wijken.

2.4.4 Utrecht

Tabel 5 Gezondheidsverschillen per wijk in Utrecht.
Bron: Gorissen 1991:41.

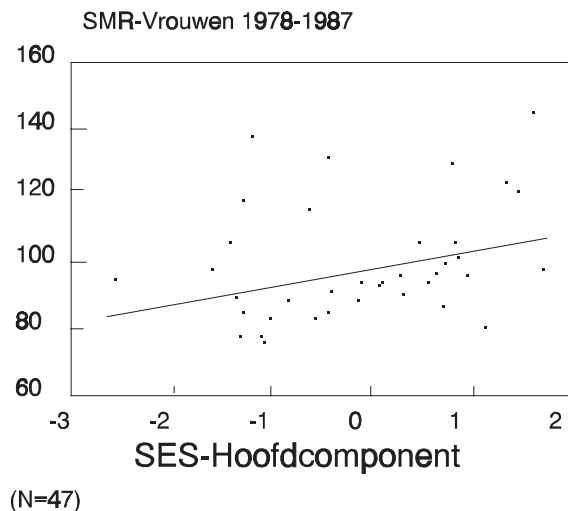
wijknummer	1234567
huisartsenbezoek	---++
verwijzing naar specialist	--+
fysiotherapeut	---++
medicijngebruik op recept	---++
medicijngebruik zonder recept	++++--
overmatig alcoholgebruik	+++--
leverafwijkingen	---++
roken	+--+
te hoog cholesterol	---++
vetzucht	--+
bloedarmoede	---++
psychische problemen	--

- = slechtere situatie dan gemiddeld
+ = betere situatie dan gemiddeld

wijken:

- 1 Overvecht (veel buurten met een hoge welvaart)
 - 2 Zuilen/Ondiep (veel buurten met een lage welvaart)
 - 3 Lombok/Schepenbuurt/Majellapark (veel buurten met een lage welvaart)
 - 4 Kanaleneiland/Oog in Al (veel buurten met een hoge welvaart)
 - 5 Hoograven/Tolsteeg (veel buurten met een minder hoge welvaart)
 - 6 Oudwijk/Wilhelminapark (veel buurten met een redelijke welvaart)
 - 7 Vogelenbuurt/Tuinwijk/Wittevrouwen (veel buurten met een redelijke welvaart)
-

hoeverre er in de gemeente Utrecht gezondheidsverschillen tussen groepen bestaan die een relatie hebben met de sociaal-economische status van die groepen. De uitkomsten hiervan komen globaal overeen met landelijke onderzoeken naar dit verschijnsel: ook in Utrecht bestaan sociaal-economische gezondheidsverschillen die vergelijkbaar zijn met de andere



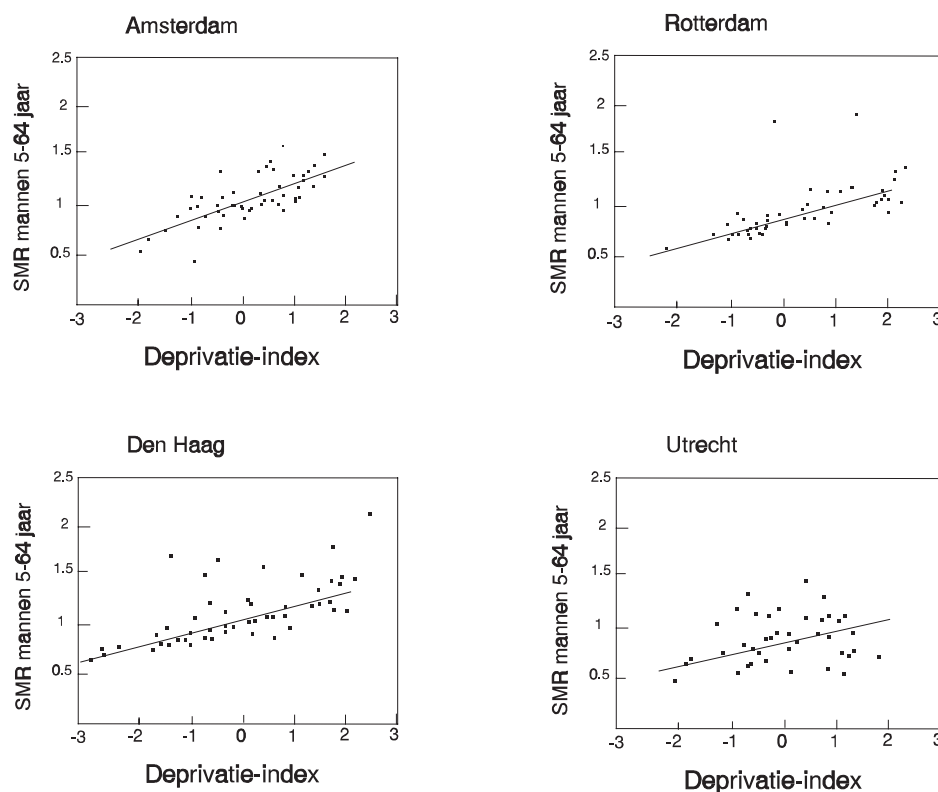
Figuur 9 De SMR-vrouwen (vertikaal) tegen de SES-hoofdcomponent (horizontaal) per buurt. Elke stip geeft een buurt weer. Bron: Van Oers en Teeuwen 1990:60.

In Utrecht is over de jaren 1986-1987 de Gezondheidspeiling Utrecht gehouden (Gorissen et al. 1988). Het hoofdonderwerp was de vaststelling van de gezondheidstoestand in Utrecht en de vergelijking met de rest van Nederland. Slechts zijdelings zijn buurtgebonden verschillen in gezondheid binnen de stad onderzocht. Tabel 5 laat zien dat gezondheidsproblemen meer voorkomen in wijken met een lage welvaart. Het beeld in cijfers is diffuus. Gorissen (1991) merkt op dat de gebruikte indeling van wijken zo grof is dat niet zonder meer duidelijk is wat de oorzaak van de verschillen is. Wanneer alleen mannen van 15-64 in de analyse worden betrokken, scoren vooral de wijken slecht die gekenmerkt worden door een lage welvaart: Zuilen, Ondiep, Lombok, Schepenbuurt en Majellapark (de wijknummers 2 en 3). In 1992 is aan de hand van hetzelfde materiaal onderzocht of en in

grote steden (Koper en Gorissen 1992).

2.4.5 De vier grote steden tezamen

De gezondheidsdiensten van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht hebben een vergelijking tussen de steden gemaakt van de sterfte per buurt, afgezet tegen de sociaal-economische status (Haverkate et al. 1993). Het blijkt dat de vier grote steden vergelijkbaar zijn als gekeken wordt naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Alle steden laten een significante relatie zien tussen sterfte per buurt, uitgedrukt in Standardized Mortality Ratio, en sociaal-economische status, gemeten naar inkomen en werkloosheid (uitgedrukt in een deprivatie-index). In buurten met een gemiddeld lagere sociaal-economische status is de totale sterfte hoger dan in buurten met een hogere sociaal-economische status. In de vier steden gaat een toename in sociaal-economische status samen met eenzelfde afname



Figuur 10 Puntenwolken voor mannen: SMR versus deprivatie per buurt in de vier grote steden (Haverkate et al. 1993:14).

in Standardized Mortality Ratio. De auteurs concluderen dat dit betekent dat als beleid ter verlaging van deze verschillen in de ene stad effectief is, datzelfde beleid mogelijk ook effectief is in een andere stad (Haverkate et al. 1993:18-19). In Figuur 10 is voor elk van de vier grote steden in een puntenwolk per buurt de Standardized Mortality Ratio afgezet tegen deprivatie.

In de vier grote steden in Nederland blijkt gezondheid ook geografisch ongelijk verdeeld te zijn. Er zijn scherpe verschillen waar te nemen tussen stadsbuurten op het punt van gemiddelde levensverwachting, chronische aandoeningen, ervaren gezondheid en zorggebruik. Tussen gemiddelde gezondheid in een buurt en sociaal-economische indicatoren van de buurt blijken sterke verbanden. Er is in achterstandsbuurten sprake van een cumulatie van problemen. Aan de meer bekende problemen als armoede, werkloosheid, uitkeringsafhankelijkheid, een laag scholingsniveau en verloedering van de woonomgeving, kunnen meer dan gemiddelde gezondheidsproblemen toegevoegd worden.

Twee verklaringen kunnen genoemd worden. Op de eerste plaats vertrekken de meer koopkrachtige en gezonde mensen naar de betere wijken. De minder bedeelden blijven over. Dit is gekoppeld aan migratie van ongezonde personen naar wijken met een hogere sterfte. Op de tweede plaats kan gewezen worden op een grotere blootstelling aan gezondheidsrisico's en/of ongezond gedrag van bewoners van wijken met een hogere sterfte. Er valt op dit moment niet uit te maken welke verklaring het sterkste is. Er is bv. geen longitudinaal onderzoek naar zowel blootstelling aan gezondheidsrisico's als de effecten van migratie (SCP 1996:58).

2.5 Verbanden

2.5.1 Inleiding

In de discussie over gezondheidsverschillen is natuurlijk de vraag naar de oorzaken ervan van belang. Hoe komen verschillen in gezondheid tussen de onderscheiden sociaal-economische groepen tot stand? Hoe kunnen die verschillen zich handhaven? In deze paragraaf volgen eerst enkele methodologische kanttekeningen die voor dit debat betekenis hebben. Vervolgens komen twee 'gevestigde' verklaringsmodellen aan de orde: de verklaring door de intermediaire factoren leefwijze en levensomstandigheden (ook wel de causatie-hypothese genoemd) en de verklaring door selectie. Tenslotte wordt een poging gedaan de beide modellen te integreren en zodoende tekortkomingen van de beide modellen afzonderlijk op te heffen. Opgemerkt moet worden dat de term *verklaring* teveel suggereert. Het gaat in feite om statistische verbanden en om hypothetische verklaringensrichtingen.

2.5.2 Beperkingen

Het meten van sociaal-economische gezondheidsverschillen en het zoeken naar verklaringen hiervoor is niet eenvoudig. Hieronder worden vier fenomenen genoemd die hierin een rol spelen. Het gaat achtereenvolgens om het feit dat veel gegevens niet op individueel maar op buurniveau verzameld zijn, om de complexiteit van de verbanden, om de rol van artefact-verklaringen en om de waarschijnlijke ondervertegenwoordiging van de 'onderkant van de samenleving'.

Buurniveau

Het is al eerder gemeld dat een nadeel van veel van de beschreven studies — zoals de buurstudies uit Amsterdam en deels uit Rotterdam — is dat ze weliswaar verbanden laten zien tussen buurt en gezondheid, maar geen inzicht kunnen geven in de causaliteit. Dat kan alleen wanneer onderzoek wordt gedaan op individueel niveau (Spruit 1990:322). Bij gegevens op buurniveau gaat het immers om gemiddelden en kan de spreiding van buurtkenmerken niet vergeleken worden met de spreiding van gezondheidsindicatoren. Er zijn wellicht zelf buurten denkbaar met een omgekeerde spreiding: buurten waar bijvoorbeeld de groep hoger opgeleiden een gemiddeld minder gezondheid heeft dan de groep lager opgeleiden.

Complexiteit

Van den Bos en Lenoir merken naar aanleiding van een grote studie naar gezondheidsverschillen in Amsterdam op dat de problematiek bijzonder complex is en dat er een bepaald type onderzoek nodig is om betere verklaringen te geven voor de geconstateerde gezondheidsverschillen. Zij stellen dat sociaal-economische status een belangrijke determinant is van bijvoorbeeld chronische aandoeningen en daarmee samenhangende beperkingen en zorggebruik. Maar verklaringen kunnen niet enkelvoudig zijn. Een complex van gezondheidsrisico's en deprivaties speelt daarbij volgens hen een rol, zoals woonomgeving, arbeidsomstandigheden, riskante gewoonten en gezondheidszorginterventies. *'Verklarend onderzoek vergt samenhangende analyses om het relatieve belang van deze factoren voor sociaal-economische gezondheidsverschillen te kunnen bepalen. Daarnaast zal specifiek de sociaal-culturele context van mensen in onderzoek moeten worden betrokken. Sociaal-economische status verwijst naar uiteenlopende levensstijlen, gezondheidsopvattingen, gedragingen en mogelijkheden. Voor meer inzicht in deze consequenties van sociale gelaagdheid voor gezondheid is kleinschalig, kwalitatief georiënteerd onderzoek nodig.'* (Van den Bos en Lenoir 1991:61)

Artefact verklaring

De benadering van gezondheidsverschillen als artefact-verklaring gaat er van uit dat zowel 'gezondheid' als 'sociale klasse' of 'sociaal-economische status' kunstmatige variabelen zijn en dat de relatie tussen beide even kunstmatig is. De relatie is daardoor van geringe verklarende waarde. Zo kan het bijvoorbeeld lijken alsof de verschillen in gezondheid die gerelateerd zijn aan het opleidingsniveau sinds de jaren zestig weer toenemen. Echter, de verschillende categorieën in opleiding veranderen van samenstelling. Het aantal laag opgeleiden vermindert bijvoorbeeld ten gunste van het aantal hoog opgeleiden. Het aandeel van laag opgeleiden in de totale gemiddelde gezondheid wordt geringer en daardoor verslechtert hun relatieve

gezondheid, zonder dat hun feitelijke gezondheid verslechtert. De samenstelling van sociaal-economische groepen verandert dus, maar de gemiddelde gezondheid van elke groep afzonderlijk hoeft niet te veranderen.

Dit is een probleem bij het meten van verschillen in gezondheid aan de hand van sociale klasse, beroep of opleiding. Er vinden relatief snelle verschuivingen plaats. In Groot-Brittannië wordt bijvoorbeeld een indeling gebruikt die loopt van I (academisch) tot V (ongeschoolde handarbeid) work. Het aantal mensen dat werkt op het niveau van klasse V neemt sterk af. Bovendien zouden vooral de gezondste en jongste leden van de groep opwaarts mobiel gedrag vertonen, waardoor de gemiddelde gezondheid van de achterblijvers daalt.

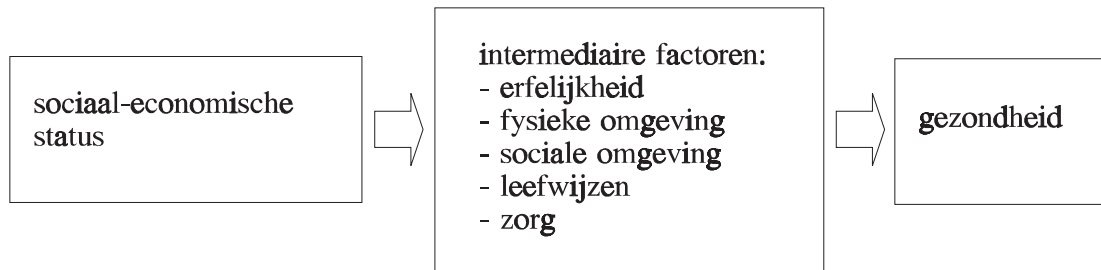
Een ander probleem is de veroudering van de bevolking en daarmee samenhangend een verandering in overheersende ziektepatronen. De in Groot Brittannië veel gebruikte indeling in beroepsgroepen heeft een spreiding in leeftijd van 15 tot 65 jaar. Voorheen stierf een relatief groter deel van de bevolking voor het 65e jaar dan heden ten dage. Dat wil zeggen dat de sterfte van een groter wordend deel van de bevolking buiten de vroegere onderzoeks-populatie valt. Vergelijkingen tussen huidige en historische onderzoeken worden hierdoor bemoeilijkt. Ook de verschuiving in ziektepatronen van infectieziekten en kanker en hart- en vaatziekten maakt vergelijking moeilijk. Infectieziekten waren vroeger veel meer dan nu een oorzaak van kinder- en zuigelingensterfte onder de armen (Townsend and Davidson 1982).

Maar de artefact verklaring voldoet niet als verklaringsmechanisme. Marmot en McDowall (1986) toonden aan dat toenemende gezondheidsverschillen tussen 1971-72 en 1979-83 niet verklaard konden worden uit verschuivingen tussen de klassen. Ook Stronks et al. (1993a) gaan er in een overzichtsartikel over verklaringen van gezondheidsverschillen op grond van literatuur en op grond van de gebruikte diversiteit van onderzoeksmethoden van uit dat het onwaarschijnlijk is dat de steeds weer gevonden sociaal-economische gezondheidsverschillen op artefact-verklaringen berusten (Stronks et al. 1993a:3). Ook Joosten (1995) moet na statistische analyse van de Leefsituatie-onderzoeken van het CBS van 1974, 1977, 1980 en 1983 en van de Panelstudie naar gezondheid van de Nederlandse bevolking die in 1981 en 1983 door de RU Limburg is uitgevoerd, de hypothese verwerpen dat gezondheidsverschillen door meet-artefacten verklaard kunnen worden.

2.5.3 Leefwijze en levensomstandigheden

Bij het verklaringsmodel dat de intermediaire factoren leefwijze en levensomstandigheden gebruikt, heeft de sociaal-economische status een verklarende waarde voor gezondheid. Sociaal-economische status wordt zoals gezegd beschreven middels de drie elementen opleiding, beroep en inkomen. In deze gedachtengang spelen een aantal factoren een bemiddelende rol tussen sociaal-economische status en gezondheid. Dit wordt verwoord in het zogenaamde model van Lalonde (1974). In dit model wordt niet enkel gekeken hoe ziekte veroorzaakt wordt, maar wordt breder gekeken naar de produktie van zowel ziekte als

gezondheid. De hoofd-factoren die in dit model gehanteerd worden zijn erfelijkheid, fysieke omgeving, sociale omgeving, leefwijzen en zorg (zie Figuur 11).



Figuur 11 Sociaal-economische status als verklarende factor voor gezondheid.

Onder erfelijkheid wordt het genetisch bepaalde verstaan. De fysieke omgeving behelst de materiële factoren uit de leefomgeving. Hieronder vallen water, lucht en bodem, en zaken als de woonomgeving, risico's op de arbeidsplek. De sociale omgeving staat voor de niet-materiële omgeving. Het gaat daarbij om de invloed van de sociale verbanden waarin mensen leven: gezin en familie, vrienden en kennissen, buurtgenoten en collega's. Ook opleiding en beroepsstatus worden onder de sociale omgeving gerekend. In de factor leefwijzen is het concrete gedrag van mensen vervat. Voorbeelden van gedragingen die invloed op gezondheid hebben zijn voedingsgewoonte, roken, alcohol- en medicijngebruik, bewegen en sport. De factor zorg tenslotte staat voor de invloed die de toegankelijkheid, prijs en kwaliteit van de gezondheidszorg heeft op de gezondheid. Het model van Lalonde is inmiddels breed geaccepteerd. De in 1993 verschenen en groots opgezette *Volksgezondheid Toekomstverkenning* is bijvoorbeeld op dit model gebaseerd (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1993).

Bij de factor leefwijzen is aangetoond dat roken en overgewicht relatief vaker voorkomen bij lagere sociaal-economische groepen. Ziekten die hiermee verband houden, zouden bij die groepen dan ook vaker voorkomen en dus een ongunstige invloed op gezondheid en levensverwachting hebben. Ook factoren als het gebruik van preventieve gezondheidszorg, het hebben van zwaar werk of het hebben van de mogelijkheid om persoonlijke problemen met familie of vrienden te bespreken zijn scheef over de verschillende sociaal-economische status-groepen verspreid (Stronks et al. 1993a:5). Ongunstige sociale en materiële voorwaarden hebben invloed op gedrag en kunnen zo een cumulerende werking hebben (Townsend and Davidson 1982:174).

Stressor is een begrip dat bij Lalonde niet voorkomt, maar later een rol gaat spelen in onderzoek naar gezondheidsverschillen. De redenering luidt dat stressoren — langdurig belastende omstandigheden en life-events zoals werkloosheid of het overlijden van partner — invloed hebben op gezondheid en dat factoren als sociale steun, 'coping' stijl en persoonlijkheidskenmerken hierbij een bemiddelende rol vervullen. Stressoren en de intermedierende factoren worden dan tezamen ondergebracht onder 'psycho-sociale factoren'. Lage sociaal-economische status-groepen zouden meer aan belastende omstandigheden bloot gesteld zijn

en minder mogelijkheden hebben deze te lijf te gaan. De invloed van stress op gezondheid zou verlopen *'via een afname van de afweer van het menselijk lichaam, als gevolg waarvan de kans op ziekte toeneemt'* (Stronks et al. 1993a:6).

Een aparte vermelding verdient de invloed die omstandigheden waaronder iemand is opgegroeid hebben op de gezondheid op latere leeftijd. Deze invloed op gezondheid als volwassene zou zich kunnen uiten via ziektes in de jeugd of vatbaarheid voor ziekten op later leeftijd. Als maat om met terugwerkende kracht de omstandigheden in de jeugd te meten wordt lichaamslengte gebruikt. De aanname hierbij is dat mensen die zijn opgegroeid onder minder goede omstandigheden of vaak ziek geweest zijn, gemiddeld korter zijn dan anderen (Mackenbach en Van der Maas 1987:72-73).

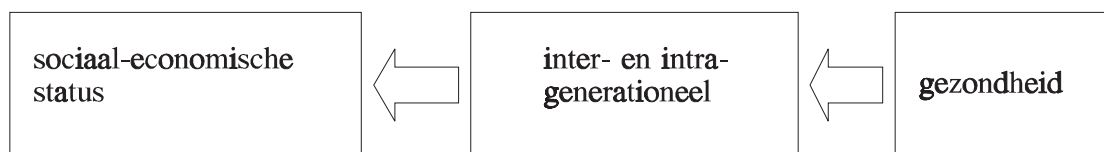
Verskillende onderzoeken ondersteunen de verklaringsrichting van sociaal-economische status naar gezondheid. Ranchor et al. (1990) en Van Vliet (1990) laten een vermoedelijk verband zien tussen een lage sociaal-economische status en een daardoor veroorzaakte mindere gezondheid. Het Sociaal en Cultureel Planbureau komt tot de conclusie dat de oorzaken vermoedelijk liggen bij een cumulatie van slechte leefgewoonten en ongunstige levensomstandigheden: *'Voor de gezondheid ongunstige omstandigheden concentreren zich bij personen die weinig weerbaar zijn en onvoldoende materiële en immateriële mogelijkheden hebben om aan tegenslag het hoofd te bieden.'* Het blijkt dat behalve opleiding ook sociaal isolement en het aantal negatieve levensgebeurtenissen invloed hebben op gezondheid (Sociaal en Cultureel Planbureau 1992:36). Andere onderzoeken laten zien dat mensen die ziek zijn meer negatieve gebeurtenissen melden dan anderen (De Boer 1990; Mootz en Konings 1987; Mootz 1987).

2.5.4 Selectie door gezondheid

Selectie geeft als verklaringsmodel een richting aan die haaks staat op de richting van verklaring door leefwijzen en levensomstandigheden. Gezondheid wordt in dit model gezien als een omstandigheid die invloed heeft op de kansen die iemand heeft op opleiding, beroep en inkomen. Een minder goede gezondheid geeft minder kansen op het afmaken van een opleiding, minder kansen op het verkrijgen en behouden van werk en minder kansen op een goed inkomen. Gezondheid is in dit model van invloed op de sociaal-economische positie die iemand inneemt of gaat innemen. De sociale structuur van de samenleving wordt gezien als een filter, waarbij gezondheid een belangrijke selectie-basis is. Hogere beroepsgroepen bestaan daardoor uit relatief gezondere mensen.

Het selectiemechanisme vooronderstelt dat sociale mobiliteit mogelijk is. Er moet een mogelijkheid voor mensen bestaan om te dalen dan wel te stijgen op de maatschappelijke ladder. Dit kan per land verschillen, zoals ook het sociale zekerheidsstelsel — als rem op neerwaartse mobiliteit — per land verschilt. Mobiliteit kan dan in twee vormen onderscheiden worden. *Intergenerationeel* wanneer het gaat over de maatschappelijke positie die iemand

gaat innemen ten opzichte van de ouders en *intragenerationeel* wanneer het gaat om verandering van iemands maatschappelijke positie tijdens het volwassen leven ten opzichte van een eerder ingenomen positie (zie Figuur 12). Gezondheid kan in beide gevallen van invloed zijn op sociale mobiliteit. Wanneer iemand op een lagere maatschappelijke positie dan die van de ouders terecht komt door ziekte tijdens de schooljaren die van invloed is op schoolresultaten en daarmee op kansen op de arbeidsmarkt, is dat een voorbeeld van intergenerationele neerwaarts gerichte selectie. Arbeidsongeschiktheid is een voorbeeld van intragenerationele neerwaarts gerichte mobiliteit.



Figuur 12 Gezondheid als verklarende factor voor sociaal-economische status.

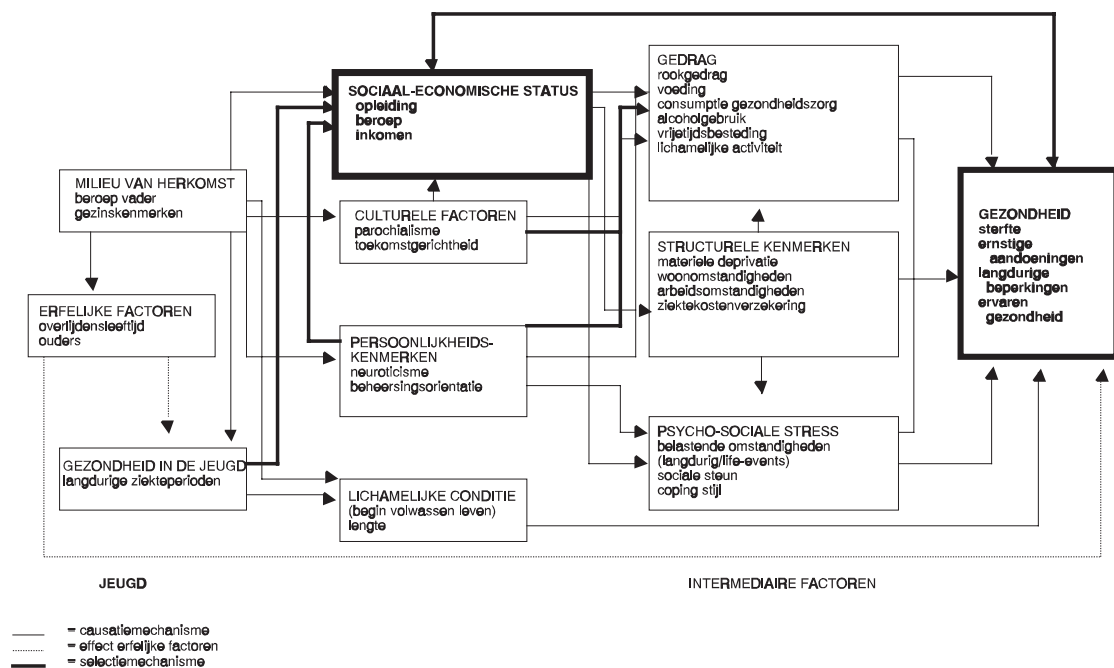
Van den Bos heeft bekeken of er aanwijzingen voor het selectiemechanisme zijn door te onderzoeken of chronische ziekten van invloed zijn op een daling van sociaal-economische status. Zij deed dit door genoten opleiding af te zetten tegen het huidige beroepsniveau en dit in verband te brengen met het al dan niet rapporteren van chronische aandoeningen. Daling van status bleek onder hoger opgeleiden in 24% van de gevallen voor te komen. Bij mensen zonder chronische aandoeningen was dit 19% en bij mensen met aandoeningen 27%. De verschillen bleken echter niet significant te zijn (Van den Bos 1989:61). Het selectiemechanisme bestaat weliswaar en heeft effect, maar de gevolgen ervan lijken de grootte van de gezondheidsverschillen onvoldoende te kunnen verklaren (Spruit 1990, Joosten 1995).

2.5.5 Verwevenheid

De vraag rijst welk mechanismen nu het meeste invloed heeft. Verdient de hypothese rond de leefwijzen en levensomstandigheden dan wel de selectie-hypothese de meeste ondersteuning? Een groot literatuuronderzoek dat gedaan is naar de gezondheids- en leefsituatie van achterstandsgroepen als allochtonen, eenoudergezinnen, langdurig werklozen, arbeidsongeschikten en thuislozen (König et al. 1992) laat zien dat deze vraag niet enkelvoudig te beantwoorden is. Elke onderzochte groep blijkt een eigen accent te hebben. Bij allochtonen en eenoudergezinnen blijken vooral de leefwijzen en levensomstandigheden van invloed terwijl de selectie-hypothese juist weer bij arbeidsongeschikten goede verklaringen geeft. Bij langdurig werklozen en bij thuislozen blijken beide hypothesen te voldoen. Verschillen in gezondheid ontstaan op een ingewikkelde wijze en zijn dus niet vanuit een enkel model te verklaren. Dit is het meest duidelijk zichtbaar bij thuislozen: *'mensen kunnen in een bepaalde sociale*

positie en/of door aanleg en opvoeding in een neerwaartse spiraal geraken, die hen via werkloosheid en (psychiatrische) ziektebeelden in een sociaal isolement kan brengen, waardoor wederom hun kansen op werk en maatschappelijke participatie kleiner worden. Hierbij spelen tevens (...) hun waarden, normen en leefgewoonten een belangrijke rol.’ (Sociaal en Cultureel Planbureau 1992:38) Stronks et al. stellen dat de totale bijdrage van het causatiemechanisme aan het ontstaan van gezondheidsverschillen vermoedelijk veel groter is dan die van het selectiemechanisme (Stronks et al. 1993a:6; zie ook Mackenbach en Van der Maas 1987).¹³

Recente onderzoeksmodellen verenigen beide benaderingen en maken zowel gebruik van leefwijzen/levensomstandigheden als van het selectiemechanisme. Voorbeelden hiervan zijn de schema’s van Mackenbach en Van der Maas (1987:65), van Mackenbach (1991:35) en van Stronks et al. (1993a:7). Het onderzoeksmodel van Stronks et al. (1993a en 1993b) is gebaseerd op de huidige stand van zaken in de literatuur over de relaties tussen sociaal-economische status en gezondheid (zie Figuur 13). In dit model worden aannames weergegeven over verbanden tussen sociaal-economische status en gezondheid in de twee onderscheiden



Figuur 13 Een onderzoeksmodel van de relaties tussen SES en gezondheid. Bron: Stronks et al. 1993:7.

¹³ Van den Bos (1989:61) haalt Lawrence aan, waaruit blijkt dat er in 1948 anders gedacht werd over de relatieve invloed van het causatie- dan wel het selectiemechanisme: 'It is concluded that socio-economic status is a factor, but only of slight importance, in the chances of occurrence of chronic condition in this population. Chronic disease is a more significant factor in causing reduced socio-economic status.' (Lawrence 1948:1520-21)

richtingen. Bovendien is de vooronderstelde invloed van erfelijke factoren weergegeven. Vanuit het model zouden in een longitudinale studie hypothesen geformuleerd en getoetst kunnen worden. In de figuur staan de groepen 'gedrag', 'structurele kenmerken' en 'psychosociale stress' voor de intermediaire factoren uit het causatiemechanisme. Ze hebben ook onderlinge verbanden. Zo is bijvoorbeeld rookgedrag niet enkel een vrijwillige keuze, maar kan het tevens samenhangen met structurele kenmerken en belastende omstandigheden. Stress kan direct van invloed zijn op gezondheid, maar ook indirect via bijvoorbeeld woonsituatie en roken. Ook het 'milieu van herkomst' is een factor die past in het mechanisme van leefwijzen en levensomstandigheden. Voorondersteld wordt dat het milieu van herkomst van invloed is op de toekomstige sociaal-economische status, en daarnaast op culturele factoren en persoonlijkheidskenmerken, die op hun beurt weer invloed hebben op de intermediaire factoren. 'Culturele factoren' en 'persoonlijkheidskenmerken' dienen twee heren: ze zijn zowel onderdeel van de verklaring door levensomstandigheden als van het selectiemechanisme. *'De hypothese is dat ze een gemeenschappelijke verklaring vormen voor het vaker voorkomen van ongezond gedrag in de lagere sociaal-economische status-groepen en de bereikte sociaal-economische positie.'* (Stronks et al. 1993a:8) De overlijdensleeftijd van de ouders tenslotte wordt, onafhankelijk van de sociaal-economische positie, voorondersteld samen te hangen met de overlijdensleeftijd van de persoon zelf. Dit is in het model als 'erfelijke factoren' aangegeven.

Het model kent volgens de auteurs zelf enkele beperkingen. Het model poogt inzicht te geven in de verklaring van verschillen in *somatische* gezondheid. Psychische gezondheid wordt hierin niet meegenomen. Gezondheid wordt vervolgens geoperationaliseerd middels het vóórkomen van aandoeningen en beperkingen, middels ervaren gezondheidsproblemen en middels sterfte. Gebruik van zorg komt bijvoorbeeld niet aan de orde. Daarnaast betreft het model de kinderjaren in de verklaring, maar het model zelf is gericht op verklaring van gezondheidsverschillen op *volwassen* leeftijd.¹⁴ In het model zijn tenslotte ter mogelijke verklaring alleen die factoren opgenomen die ten eerste ongelijk over sociaal-economische groepen verdeeld zijn en die ten tweede 'op betrouwbare wijze met vragenlijsten vastgesteld konden worden' en waarvan de meting geen 'onevenredig grote inspanning' vereiste (Stronks et al. 1993a:3).

Het model is een hypothetische en schematische weergave van de relaties die er in beide richtingen zouden kunnen zijn tussen sociaal-economische status en gezondheid en van de intermediaire factoren die daartussen een rol spelen. Het model laat zien dat de verklaring waarin leefwijze en levensomstandigheden het primaat hebben in verband te brengen is met de verklaring waarin gezondheid een maatschappelijk selecterende werking heeft.

¹⁴ Van der Lucht en Groothoff vonden dat er reeds op jeugdige leeftijd sprake is van een vorm van gezondheidsselectie. Kinderen met een minder goede gezondheid presteren minder goed op school en dat kan consequenties hebben voor de sociale positie die bereikt wordt. Daarnaast werd duidelijk dat gezondheidsverschillen tussen kinderen van verschillende sociaal-economische klassen zijn toe te schrijven aan ongelijke verdeling van leefwijzen en woonomstandigheden. Zowel selectie- als causatieprocessen blijken onder kinderen dus reeds aanwezig te zijn (Van der Lucht en Groothoff 1992).

2.6 Conclusie

Het is al eerder gezegd: sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn een ongemakkelijk maatschappelijk gegeven. Velen zijn van mening dat ze niet zouden moeten voorkomen in een ontwikkelde westerse samenleving. Ze roepen immers teveel associaties op met armoedige slums in de overbevolkte steden van de derde wereld. Toch blijkt de sociale ongelijkheid in onze samenleving zich tot op de dag van vandaag niet alleen te uiten in een ongelijke verdeling van rijkdom maar ook in ongelijkheid voor ziekte en dood. Rijke en hoog opgeleide groepen zijn gezonder dan arme en laag opgeleide groepen. Door de ondervertegenwoordiging van de 'onderkant van de samenleving' in de onderzoeken zijn de verschillen wellicht groter dan tot nu toe wordt aangenomen. Bovendien begint er zich een consensus af te tekenen rond een geconstateerde *stijging* van gezondheidsverschillen. Niet alleen in Nederland, maar ook in andere Europese landen en in de VS nemen de gezondheidsverschillen tussen de sociale groepen toe.

De vier grote steden in Nederland blijken niet alleen ongezonder te zijn dan de rest van het land, maar ook blijkt gezondheid binnen de steden *geografisch* ongelijk verdeeld te zijn. Er zijn scherpe verschillen tussen stadsbuurten op het punt van gezondheid en er blijken sterke verbanden tussen gemiddelde gezondheid in een buurt en sociaal-economische indicatoren. Er is in achterstandsbuurtten sprake van een cumulatie van problemen. Aan de meer bekende problemen als armoede, werkloosheid, uitkeringsafhankelijkheid, een laag scholingsniveau en verloedering van de woonomgeving, kunnen de meer dan gemiddelde gezondheidsproblemen in dergelijke buurten toegevoegd worden. De verklaring voor de concentratie van ongezondheid in de stad wordt vooral gezocht in selectieve migratie: jonge gezinnen met de beste inkomens en opleiding (en de beste gezondheid) zijn met name vanaf de jaren zeventig uit de huurwoningen van de grote steden vertrokken en hebben zich gevestigd in de koopwoningen in de forenzenplaatsen. De gemiddelde gezondheid van de achterblijvers en van de nieuwkomers is aanmerkelijk slechter. Voor de scheve verdeling van gezondheid binnen de steden kunnen twee verklaringen genoemd worden. Op de eerste plaats vertrekken de meer koopkrachtige en gezonde mensen naar de betere wijken. De minder bedeelden blijven over. Dit is gekoppeld aan migratie van ongezonde personen naar wijken met een hogere sterfte. Op de tweede plaats kan gewezen worden op een grotere blootstelling aan gezondheidsrisico's en/of ongezonder gedrag van bewoners van wijken met een hogere sterfte.

Op algemeen niveau lijkt bij de verklaring van gezondheidsverschillen de verklaringsrichting van sociaal-economische status naar gezondheid, waarin de intermediaire factoren leefwijzen en levensomstandigheden een rol spelen, sterker dan de verklaring waarin gezondheid van invloed is op maatschappelijke verdelingsprocessen. Een model waarin beide verklaringsmodellen geïntegreerd worden biedt echter de meeste perspectieven.

3 De oude en de nieuwe volksgezondheid

3.1 Inleiding

Na de verhandeling over het weerbarstig bestaan van gezondheidsverschillen in Westerse samenlevingen en in het bijzonder binnen de grote steden, wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan gezondheidsbeleid, waarbij het gezondheidsbeleid uit het verleden gecontrasteerd wordt met het actuele gezondheidsbeleid. Ondanks alle successen van de medische benadering van gezondheid in de twintigste eeuw is er steeds ook een aanpak van gezondheid geweest die voor een groot deel niet-medisch van aard is en die voornamelijk gericht is op collectieven in plaats van op individuen. Die benadering, de openbare of volksgezondheid, treedt het laatste decennium sterker op de voorgrond dan voorheen. Men laat zich daarbij vaak inspireren door het ontstaan en tevens de bloeitijd van deze benadering. Daarmee wordt de beweging voor openbare gezondheid bedoeld die aan het begin van de negentiende eeuw vooral in de steden ontstond. In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de manier waarop men toen probeerde vat te krijgen op de gezondheidsproblemen van die tijd. Na het excurs langs de elementen van gezondheidsbeleid in de negentiende eeuw (par. 3.2), met als voorbeeld een schildering van de hygiëne in de stad Utrecht, volgt een exposé over de opkomst van de moderne gezondheidszorg (par. 3.3) en een beschouwing over de benadering van nu, vaak de 'nieuwe volksgezondheid' genoemd als verwijzing naar de negentiende eeuwse 'oude' volksgezondheid (par. 3.4). Bijzondere aandacht wordt besteed aan de toespitsing van de nieuwe volksgezondheid die in deze studie centraal staat: de beweging rond *Healthy Cities*.

3.2 De oude volksgezondheid

De gezondheid in de steden in West Europa is in de loop van de eeuwen aan veranderingen onderhevig geweest. Er is daarover niet veel bekend, maar vast staat dat vooral vanaf de eerste helft van de negentiende eeuw de steden ongezonder werden om in te leven en te wonen dan voorheen. De steden waren in de eeuwen daarvoor zeker niet in alle opzichten de prettigste en meest gezonde plaatsen om te leven. Het was in de steden altijd al vol en smerig geweest. De stedelingen werden regelmatig geteisterd door epidemieën. Maar er trad nu een merkbare verslechtering op.

3.2.1 De groei van de stad

Medici in Nederland spraken van *de maatschappelijke toestand*: een verslechterde gezondheidssituatie in de steden, gekenmerkt door een verschil in sterfte tussen arm en rijk

(Houwaart 1991a:101). De bevolking groeide zonder dat de voorzieningen daarmee gelijke tred konden houden. Er werden onvoldoende nieuwe woningen gebouwd, de hygiëne werd aan de nieuwe toeloop niet aangepast en door vestiging in de steden van mensen van het platteland nam door medeneming van hun gewoonten en huisraad ook het aantal dieren als varkens, konijnen en geiten in de stad toe. De Swaan schrijft over de eerste helft van de negentiende eeuw: *'Miljoenen stroomden naar de steden, en overal waar de arbeidsmarkt de toevloed niet kon absorberen, vormde zich een massa van behoeftige, vaak dakloze paupers, die bijeen hokten in de sloppen, de binnenplaatsen, zolders en kelders van de oude stadskern, of hun intrek namen in hutten op braakliggend terrein, aangewezen op de liefdadigheid en een bedreiging vormend voor de veiligheid van de gevestigde stadsbewoners.'* (De Swaan 1989:126). Overigens vond de uitbreiding van de Nederlandse steden in vergelijking met andere Europese steden laat plaats: pas in de tweede helft van de negentiende eeuw. Daarvoor was er eerder sprake geweest van stagnatie van inwonertal en zelfs van leegloop (Van der Woud 1987).

Onder medici in die tijd kwam de gedachte op dat de westerse beschaving, maar vooral de stad, door oorlogen, hongersnood, volksverhuizingen en urbanisatie zover van de klassieke samenleving was gaan verschillen dat volkomen nieuwe ziekten de kop op konden steken. Ziekten waarvan de oude medische geschriften niet repten. De medici werden nu met enkele dodelijke koortsende ziekten geconfronteerd waarmee ze nog niet eerder te maken hadden gehad (Houwaart 1991b:37-38). Houwaart merkt daarbij op dat de inschatting dat de stad veel ongezonder was dan het platteland niet zozeer berustte op vergelijkend onderzoek, maar op het medisch axioma dat al vanaf de 18e eeuw gold. Civilisatie en urbanisatie zouden de mensen ver van hun natuurlijke toestand hebben afgebracht en dat was de oorzaak van een groot aantal nieuwe ziekten (Houwaart 1991b:41-43). Een gezonde stad was dan ook een stad die leek op een natuurlijk organisme met vooral een goede stofwisseling via lucht, water en bodem.

In de stad waren de omstandigheden slechter dan op het platteland. Het water, de lucht en de bodem waren er vuil door de vele mensen die ervan gebruik moesten maken, maar ook door de opkomst van nieuwe fabrieken. De watertoevoer was vaak slecht gereguleerd waardoor overstromingen afgewisseld werden door droogtes. Mensen aten eenzijdig: de rijken teveel en de armen te weinig. Mulder schrijft over Amsterdam:

'Wien bevreemdt het (...), dat het bij elkaar wonen van vele mensen zeer nadeelig is, en dat Amsterdam in dit opzicht ver te stellen is achter plaatsen waar minder mensen vergaderd zijn? Is dit nu in het algemeen den dampkring nadeelig, het is dit in het bijzonder voor het regenwater, hetwelk bij het vallen, in druppelen verdeeld, hier altijd door zulk eenen dampkring moet doortrekken, eer het in de vergaderbakken opgezameld en tot gebruik gebezigd wordt. Deze schadelijke uitvloeiselen worden niet weinig vermeerderd door de ongereinigdheden van vele mensen, welke hun lichaam, in plaats van het behoorlijk te zuiveren, laten verstikken onder de voortbrengselen van hun beroep enz., zodat men bijna de kleur der huid niet meer weet te onderscheiden (Mulder 1927:204-205,

geciteerd in Houwaart 1991a:66).

De vervuilde lucht hield een goede uitwaseming van de huid tegen, hetgeen in die tijd beschouwd werd als een belangrijke weg waarlangs het menselijke lichaam zich van schadelijke stoffen kon ontdoen. De atmosfeer in de stad raakte zo in een gevaarlijke toestand, waardoor er gemakkelijk nieuwe epidemieën uit konden breken. De Swaan geeft een fraaie beschrijving van de woonomstandigheden in de snel groeiende steden:

'In toenemend aantal werden mensen opeengepakt in de grote woonkazernes en hotels in de oude stadskern, die tot de laatste hoeken en gaten waren gevuld. Op de begane grond woonde meestal een burgergezin, daarboven woonde een kleine middenstander, een onderwijzer, een klerk, een winkelier met vrouw en kinderen. De bovenste etages waren onderverdeeld in optrekjes die werden verhuurd aan een winkelbediende, een gouvernante, een kleermaker. De zolder was nog weer afgetimmerd in kleine hokjes waar een leerjongen, meid, naaister of student een bed en een stoel kon neerzetten. Ook de souterrains werden verhuurd, en in de vochtige kelders leefden vaak arme gezinnen met acht of tien op één kamer zonder licht of frisse lucht. Iedereen was op dezelfde voorzieningen aangewezen, als die er al waren. Er werd gekookt op kolenvuur en rook, as, stof en afval moesten ergens blijven, de bewoners hadden een wasplaats nodig en een plek om hun waswater te lozen, en ze moesten hun uitwerpselen kwijt. Het kon nog erger: als de bewoners een kamer om beurten gebruikten, de ene ploeg 's nachts, de andere overdag. Het kwam voor dat er helemaal geen water was, en dat men zich alleen ontlasten kon op de mesthoop, in de goot of een verborgen hoekje in de achtertuin.' (De Swaan 1989:128)

Wat dit voor gevolgen had voor gevolgen had wordt beeldend beschreven door Mussche, een negentiende eeuwse schrijver uit Gent:

'De slechte kwartieren van de grote fabrieksteden: eindeloos verloren doolhoven van nauwe straten en nog nauwere stegen en nog weer nauwer ingesloten sloppen en dichtgeknepen beluiken, met een smalle donker-overwelfde gang als enige luchtpijp, enige uitweg. Daar hokken zij, bij duizenden, tienduizenden, opeengepropt in een onontwarbaar kluwen van hutten met één enkel kamertje als een stal van nauwelijks zes voet lang bij vijf voet breed. (...) De vlietende, tintelende riviertjes van buiten zijn hier gestremd tot lome, troebele zwartgroene poelen van slijk en stank, dreigend met koortsen en ziekten. Alles is modder, alles is stank. Iedere avond wordt de vuilnis van die duizenden weggesmeten, al hun afval en hun uitwerpselen, weg naar buiten in de goot, waar ze met miasmen te geuren liggen in de zwarte toverij van de nacht. Soms zijn de straten vochtig, bultig, ongeplaveid, voetdiep met droge drek bedekt; elders is het enige gemak voor het ganse beluik bestendig overstroomd en moet men doorheen een moeras van urine en andere menselijke dierlijkheid. Vuilnis en stank, vuilnis en stank, alles is vuilnis, alles is stank. En daar in die hel als op een omgestorte reuzen-vuilnisbak hokken zij samen, bij duizenden.' (Mussche, geciteerd in Anonymous 1984:17 en 23)

Al in het begin van de 19e eeuw werd er vanuit de hoek van de welgestelden en de medici nadrukkelijker gepleit voor een steviger beleid van de overheden op het gebied van de volksgezondheid. 't Hart noemt verschillende oorzaken die hiertoe bijgedragen kunnen hebben. De rijkere wisten dat de armen in slechte woningen leefden, waar zij *'bij elkander als vee opgepakt, en, half verstikt, in duisternis en morsigheid moeten voortkwijnen'* (Van Geuns 1801:100, geciteerd in 't Hart 1990). Maar de rijkere ergerden zich meer dan vroeger aan de smerigheid en bandeloosheid in de achterbuurten. Ze sloten zich in de steeds meer overbevolkte steden in toenemende mate van de armen af. Wellicht dacht men ook oproer te voorkomen door de armen op te voeden tot burgermensen en wilde men door een betere hygiëne voorkomen dat besmettelijke ziekten uit de achterbuurten ook de rijken bedreigden. Er werd gepleit voor zorg voor een goede voeding voor de armen, voor bestrijding van drankgebruik, voor licht en verse lucht, voor openbare hygiëne, voor overal verkrijgbare medische hulp van goede kwaliteit en voor toezicht op opleiding en praktijk van de medici ('t Hart 1990:86-87). Ook De Swaan wijst op deze achtergrond van de roep om gezondheidsmaatregelen. Het toch al vaak ongemakkelijk samenleven in een stad werd door de toevloed van veel nieuw – en in de ogen van de stedelingen dus onaangepast en ongemanierd – volk van elders, wel bijzonder onaangenaam. De ruimtelijke dichtheid van de stad en de economische verbondenheid van iedereen met iedereen maakte ontsnapping aan *'de gevolgen van andermans handelingen en wederwaardigheden'* vrijwel onmogelijk (De Swaan 1989:130).

Dit alles concentreerde zich op een dramatische manier in de uitbarsting van de cholera in 1832. Europa en ook Nederland was bijna een eeuw vrijgebleven van grote dodelijke epidemieën. Nu bleek ineens hoe afhankelijk rijk en arm van elkaar waren. Ook al legden de rijken de schuld voor de cholera eerst bij de leefgewoonten en zedenloosheid van de armen en zagen de armen de epidemie als een complot van de rijken om hen te vergiftigen (Van den Bergh 1945:51), toch werd langzaamaan duidelijk dat de cholera een goede voedingsbodem vond in het vuil van de stad. Men zag weliswaar dat de cholera nette en fatsoenlijke mensen minder trof, maar toch leek alles *'te wijzen op de noodzaak van collectieve en verplichte maatregelen op stedelijke schaal, ter bestrijding van de risico's van massale besmetting.'* (De Swaan 1989:131)¹

3.2.2 Benaderingen van de volksgezondheid

In het begin van de negentiende eeuw overheerste het idee dat ziekte en besmetting op de

¹ Goudsblom (1986) wijst erop dat er betrekkelijk weinig aanwijzingen zijn voor een direct verband tussen de epidemieën als de cholera en de roep om hygiënische maatregelen. Veeleer past het streven naar een betere hygiëne in een breder proces van civilisatie. Hij schrijft: *'In de negentiende eeuw waren de aantallen armen en zieken, onder wie allerlei soorten kwalen tierden, waarvan cholera slechts de meest spectaculair dodelijke en besmettelijke was, zozeer toegenomen dat zij niet langer in leproserieën en pesthuizen konden worden ondergebracht. Van hun woonoorden ging een dreiging van smerigheid, ziekte en wanorde uit. De campagnes voor openbare gezondheid pasten in een meer omvattende beweging die erop gericht was deze dreiging het hoofd te bieden door het algehele 'beschavingspeil' van de samenleving te verhogen.'* (Goudsblom 1986:201) De angst voor cholera zal het proces hebben versneld, maar is niet de enige drijfveer geweest.

een of andere manier te maken had met armoede, vervuiling en zedenloosheid van vooral de armen. Twee theorieën gaven elk een eigen invulling aan die relatie: de contagionisme benadering en de miasma-theorie. Het debat tussen die twee benaderingen, dat een groot deel van de negentiende eeuw in beslag nam, was heftig, omdat de praktische toepassingen ervan zo verstrekkend verschilden.

Miasma en contagio

De contagionistische benadering stelde dat de oorzaak van besmettelijke ziekten gezocht moest worden in levende organismen die van de ene persoon op de andere werden overgedragen. Om een epidemie te bestrijden was het zaak òf personen als dat mogelijk was (zoals dat vanaf het einde van de 18e eeuw het geval was voor koepokken) te vaccineren òf de overdracht te blokkeren door besmette personen in quarantaine te plaatsen. Voor een handelsnatie als Nederland stuitte dit op grote bezwaren, omdat de handel er sterk onder kon lijden. Daarentegen leerde de theorie van de miasma's dat ziekte veroorzaakt werd door kwalijke dampen die opstegen uit vuil en ongerechtigheid. Vooral uit bedompte lucht, rottend afval en stilstaand water konden miasma's opstijgen. De stank was er een goede indicator voor. Deze theorie vroeg om een heel ander pakket van maatregelen: opruimen van het vuil in de straten, afvoer van uitwerpselen en aanvoer van schoon water, doorstroming van de grachten en afbreken of verbeteren van bedompte krotwoningen (De Swaan 1989:138-143). *'Vooral de sanitaire hervormers (...) propageerden een actief anticontagionistisch beleid: niet quarantainemaatregelen, maar gezonde steden zouden de cholera in de toekomst voorkomen.'* (Houwaart 1991a:127)

Rond het midden van de negentiende eeuw was de miasma-theorie, met de maatregelen waarnaar deze verwees, favoriet. De theorie had een modernere connotatie die beter paste bij de sfeer van die tijd. De miasma-theorie was verbonden met *'uitwasemingen die opstegen uit vuilnis, stilstaand water en bedompte lucht — de onafscheidelijke metgezellen van stedelijke armoede'* (De Swaan 1989:141). De contagionistische benadering werd, tot aan de ontdekking van de bacillen aan het einde van de eeuw, als ouderwets beschouwd. Goudsblom schrijft hierover:

'Toen omstreeks 1800 vooruitstrevende medische onderzoekers gingen aandringen op strengere codes van empirische bewijsvoering, werd het idee van besmetting door onzichtbare wezentjes steeds meer in twijfel getrokken en vervangen door een modernere versie van de eeuwenoude opvatting dat infectie optrad door het inademen van verdorven lucht of 'miasma' zoals deze werd genoemd. Niet alleen klonk de miasmatheorie wetenschappelijker omdat zij niet een geloof in onzichtbare levende wezentjes impliceerde, maar zij was ook beter te verenigen met de praktische doelstelling zowel van zakenlieden die belang hadden bij ongehinderde vrije handel als van stadsvernieuwers, die de smerige sloppenwijken wensten op te ruimen.' (Goudsblom 1986:199-200)

Statistiek

In de lijn van het idee dat ziekten samenhangen met de leefwereld van mensen ontstond

in de negentiende eeuw een traditie in het beschrijven van steden vanuit geneeskundig oogpunt. Een arts, Stratingh, schrijft in 1858 over de redenen om over dit onderwerp onderzoek te doen en er een proefschrift over te schrijven: *'Vooreerst kwam mij de behandeling van deze stof niet ondoelmatig voor, omdat de aandacht van het algemeen tegenwoordig meer en meer wordt gevestigd op de kennis van den invloed, dien de inrigting der woonplaats op de gezondheid der bewoners heeft. Bovendien heeft reeds voor eenige jaren de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der geneeskunst het wenschelijke uitgesproken, van het bezitten van plaatsbeschrijvingen uit een geneeskundig oogpunt van de voornaamste plaatsen van ons land.'* (Stratingh 1858: voorrede) De promovendus werpt licht op de toenmalige ideeën over de invloed van de bodemgesteldheid op gezondheid als hij stelt uitvoerig de toestand van de bodem te hebben behandeld, *'naar ik meen niet zonder reden, wegens het belangrijke verband, dat ongetwijfeld tusschen den bodem eener plaats en de ziekten van hare bewoners bestaat.'* (Stratingh 1858: voorrede) De plaatsbeschrijvingen werden officieel beleid van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (zie Stratingh 1858). Van der Woud ziet een traditie ontstaan en stelt dat de medische topografie tussen 1840 en 1870 een hoogtepunt bereikte. Tegen het einde van de negentiende eeuw zou dit soort onderzoek met de ontdekking van de Malariaparasiet (1880) en vooral van de Cholerabacil (1884) op slag verouderd zijn. Immers de miasma-theorie bleek niet langer houdbaar (Van der Woud 1987:392).

In hun opzet behandelden de plaatsbeschrijvingen meestal eerst de fysieke kenmerken van de stad met veel aandacht voor de verschillen tussen stadsbuurten onderling.² Daarna kwamen in de plaatsbeschrijvingen de sociale aspecten aan bod, met nadruk op verschillen in welstand tussen buurten. Tenslotte werden lokale patronen van ziekte en sterfte beschreven. De oorzaken van verschillen in ziektepatronen daarin werden vooral gezocht in lokale omstandigheden. Verschillen in sociale welstand zouden vervolgens een rol spelen in de wijze waarop het bestaande ziektepatroon van invloed was op de sterfte (Houwaart 1991b:53).

Belangrijk is in dit verband een beweging die rond 1850 in Nederland opkomt onder medici die streefden naar een goed gezondheidsbeleid, waarin positivisme, vooruitgang en sociale rechtvaardigheid een belangrijke rol speelden. Centraal stond de openbare en persoonlijke hygiëne. Vandaar de naam van de beweging: *hygiënist*. De wetenschap zou voortaan oplossingen aandragen voor maatschappelijke problemen. Vooral van de statistiek had men hoge verwachtingen. In plaats van onderzoek naar de natuurlijke historie van ziekten, pleitten de hygiënist voor getalsmatig onderzoek en berekening van gemiddelden van leeftijd, geslacht, aantal geboorten, sterfte, ziekte, lichaamslengte, -gewicht en voeding (Houwaart 1991b:47). Het resultaat waren talloze publikaties die de gevolgen voor mens en milieu van industrialisatie en urbanisatie schetsten. De hygiënist hoopten met hulp van de statistiek regelmaat te ontdekken in de natuurlijke en maatschappelijke verschijnselen. Daarmee zou

² Het proefschrift van Stratingh laat het daar zelfs bij. De drie delen daarvan gaan achtereenvolgens over bodem en klimaat, over de straten, grachten, beplanting, verlichting en begraafplaatsen, en tenslotte over de bebouwing en bewoning (Stratingh 1858).

de samenleving in staat gesteld worden de ziekten die vooral het gewone volk troffen uit te bannen. Iedereen zou zo een gelijke kans op een goede gezondheid krijgen.

De beschrijvingen van de stedelijke samenleving door de hygiënisten verschilden van de medische geografie van eerdere jaren, doordat ze minder aandacht besteedden aan klimaat, waterhuishouding en bodemgesteldheid, en meer de nadruk legden op de kwaliteit van het drinkwater, de vervuiling van de straten en de slechte huisvesting van de arbeiders. Bovendien was die vroege medische geografie door het gebrek aan goede bevolkingsstatistieken nog nauwelijks kwantitatief van karakter (Houwaart 1991a:60). De hygiënisten legden daarop juist een grote nadruk.³

Zo liet de Haagse arts Schick (1851) zien dat de provincie Zuid-Holland in gezondheid ongunstig tegen de rest van Nederland afstak en dat de gemiddelde sterfte in de steden hoger was dan op het platteland. Een jaar later kon hij aantonen dat de verslechterde gezondheidstoestand in Den Haag veroorzaakt werd door de gebrekkige riolering, de rotting in de grachten, de overbevolking, het vuil in de straten en de bodem en het gebrek aan schoon drinkwater (Schick 1852). Egeling berekende voor de periode 1856-1860 een hoge jaarlijkse sterfte van 3,2% in de arme buurten van Amsterdam en tegenover een sterfte van slechts 2,06% in de rijkere buurten (Egeling 1863:590). In navolging van Israëls (1862) verklaarde hij de verschillen uit de armoede-problematiek, en wel uit de combinatie van ongunstige leefwijzen met slechte hygiënische omstandigheden in de arme buurten.

Dit soort cijfers leverde ook een maat om steden met elkaar op het punt van gezondheid te vergelijken. Een hoogtepunt vormde de in 1866 uitgebrachte *Sterfte-atlas van Nederland*. De sterfte per gemeente werd in de atlas in verband gebracht met bevolkingsdichtheid, het welvaartspeil en bodemgesteldheid.

Ook in andere landen was een dergelijke onderzoekstraditie ontstaan. Zo ontwikkelde Chadwick in Engeland een *biometer* die de gezondheid van een stad aangaf in de vorm van een mortaliteitscijfer. In de *Public Health Act* van 1848 werd opgenomen dat wanneer de sterfte in een stad of streek boven de 23‰ kwam, een toezichthoudend orgaan, de *General Board of Health*, door inspecteurs onderzoek kon laten verrichten naar de hygiënische toestand ter plaatse (Houwaart 1991b:48). De statistiek ontwikkelde zich zo tot een instrument dat ten dienste stond van gezondheidsbeleid. Sterfte kon nu immers gerelateerd worden aan sociale en fysieke factoren, en bovendien kon zichtbaar gemaakt worden welke hygiënische maatregelen in een stad waren genomen dan wel achterwege gelaten. 'De scheidslijn tussen een gezond en een ongezond gebied was in feite een demarcatie tussen plaatsen met een actief en een passief gezondheidsbeleid.' (Houwaart 1991a:203)

Ook in de Verenigde Staten deed een dergelijke vorm van onderzoek opgeld. Het meest omvattende gezondheidsonderzoek van die tijd werd gehouden in Memphis. Daar had in de zomer van 1878 een epidemie 5150 slachtoffers geëist op een bevolking van ongeveer

³ Zeeman (1861) deed bijvoorbeeld onderzoek naar de lichaamslengte van cohorten lotelingen voor militaire dienst en toonde over de jaren een verband aan tussen de lichaamslengte van de dienstplichtigen en de prijs van het volksvoedsel rogge.

45.000 zielen. Tussen 3 november 1879 en 3 januari 1880 werd daar onder leiding van de National Board of Health een uitputtend huis-aan-huis onderzoek uitgevoerd. De verzamelde gegevens besloegen 96 folio-delen en beschreven elk gebouw en elk afzonderlijk stukje grond. Voor elk buurtje afzonderlijk werden maatregelen voorgeschreven. Voor de hele stad werden een aantal voorstellen gedaan, variërend van de systematische ventilatie van alle huizen, de vervanging van vervuilde pompen door waterleiding, de afbraak van sloppen en andere panden, de aanleg van riolering, tot de aanleg van parken, de vermindering van overlast door bedrijven en het opnieuw plaveien van straten (Peterson 1983:23-25). Het omvattende toenmalige idee van een gezonde stad in de Verenigde Staten dat hieruit af te leiden is kan als volgt worden omschreven: *'freedom from organic wastes, stagnant water, ground moisture, and human congestion and the presence of abundant clean water, fresh air, and sunlight.'* (Peterson 1983:28)⁴

Het effect van het telkens weer presenteren van statistische gezondheidsgegevens was dat het bestuur onder druk kwam te staan om maatregelen te nemen. Daarbij verschoof het beeld van gezondheid. Er kwam immers een aspect bij: niet alleen de gezondheid van individuen speelde een rol, maar ook over de gezondheid van het collectief konden nu uitspraken worden gedaan. Volgens Houwaart hebben de hygiënist hiermee de gezondheid van de inwoners van een stad of streek getransformeerd tot een collectieve gezondheid: de volksgezondheid. Bovendien werd het oude moralistische verband dat altijd gelegd was tussen volksziekten en volksklasse hiermee doorbroken ten gunste van een verband dat nu gelegd werd tussen volksziekten en openbare hygiëne. (Houwaart 1991b:54)

Bacillen

Aan het tijdperk van de hygiënist kwam symbolisch een einde toen in 1883 de Duitse geleerde Koch kon aantonen dat de cholera veroorzaakt werd door een bacterie die via het drinkwater in het darmkanaal terecht kwam en zo via de uitscheiding nieuw drinkwater kon besmetten. De leer van de miasma's bleek niet langer houdbaar. Niet het vuil en de dampen zelf, maar bacillen veroorzaakten de cholera epidemieën. De overwinning van de leer der bacillen ging echter niet zonder slag of stoot. Er volgde in de medische wereld van die tijd

⁴ In de Verenigde Staten waren er aan het eind van de negentiende eeuw drie belangrijke bewegingen die reageerden op de chaos in de steden die het gevolg was van het ongebreidelde vrije ondernemerschap. De eerste beweging was de *Sanitary Reform*, waarvan hier een voorbeeld beschreven werd. Belangrijke elementen in het ontstaan van deze beweging waren op de eerste plaats de ontdekking dat stromend water in een smalle pijp als basis voor een zelfreinigend systeem voor de verwijdering van afval kan dienen, zelfs op de schaal van een hele stad, en op de tweede plaats de ontdekking van een planningsprocedure om per perceel de hygiënische condities in kaart te brengen als wapen in de strijd tegen epidemieën. De tweede beweging, *City Beautiful* was niet alleen esthetisch, maar ook bedoeld om bewustzijn voor kwaliteit van de steden te vergroten. Men pleitte voor meer kunst op straat, voor het gebruik van kleur en beplanting, tegen billboards en verstikkende rook en voor de aanleg van stadsparken. En tenslotte de beweging van de *Social Settlements* die streefde naar verbetering van de sociale omgeving: scholen, speelplaatsen, goede huisvesting en verwijdering van slums. De beweging was vooral gericht op verbetering van de omstandigheden waarin kinderen moesten leven. De drie bewegingen leidden rond de eeuwwisseling tot het ontstaan van honderden 'Civic Improvement Societies' vooral in kleine en middelgrote steden. Er ontstond een nationaal netwerk van civic organizations en zo een sterk draagvlak voor het idee van planning in de steden. De drie bewegingen komen samen in de eerste nationale conferentie over stadsplanning op 21 mei 1909.

een discussie waarin twijfels over het nieuwe verklaringsmodel werden geuit. Tot dan toe leerde de theorie van de miasma's dat ziektes samenhangen met de leefwereld van mensen. Dat was een vooronderstelling die al sinds Hippocrates werd aangenomen. Was het dan niet al te riskant de cholera geheel aan een bacil toe te schrijven? Waarom werden sommige mensen ziek en anderen niet? Waarom bleven artsen en verplegers van cholera-patiënten over het algemeen gezond? ('t Hart 1990:43) Ondanks de rol die de bacil nu kreeg bij de verklaring van het ontstaan en verbreiden van de cholera bleef men ook een rol toekennen aan omstandigheden als woning en voedsel en de daaruit resulterende conditie van vooral de armen in de stad. *'De meeste mensen hielden het erop dat de overlevenden beter gevoed en gehuisvest waren dan de choleraslachtoffers.'* ('t Hart 1990:46) Vóór de ontdekking van de bacil lag de bijdrage van de medici niet in bestrijding van de cholera zelf, want de middelen die tegen de cholera konden helpen waren er niet, maar vooral in hun strijd tegen de gebrekkige hygiëne ('t Hart 1990:62).

Tot zover de aanpak van de volksgezondheid zoals die in de vorige eeuw vooral door de hygiënisten werd gepropageerd. In de volgende paragraaf wordt hetzelfde probleem, het vuil en de overbevolking in de steden, gezien vanuit een andere perspectief, namelijk dat van het lokaal bestuur.

3.2.3 Lokaal bestuur

Zoals al vermeld was de betrokkenheid op hygiëne al ouder dan de eerste negentiende eeuwse epidemieën. Ook de bemoeienis van de stedelijke overheid met de volksgezondheid stamt al van lang voor de tijd dat de eerste cholera-epidemie in 1832 Nederland bereikte. Cholera was weliswaar nieuw en de dodelijkste, maar het was niet de eerste onbeheersbare epidemie die Nederland trof. Men had al lang leren leven met ziekten als mazelen, pokken, tyfus, roodvonk, tuberculose en difterie. De overheden en de medici hadden de beschikking over een pakket maatregelen dat gericht was op zindelijkheid, isolering van zieken en verbetering van de leefgewoonten. Maar meestal werden de maatregelen alleen dan nageleefd en gecontroleerd wanneer er gevaar voor een besmettelijke ziekte dreigde en verwaterde het zodra het directe gevaar geweken was. Wellicht hebben de cholera-epidemieën de aanzet gegeven tot maatregelen van een meer permanent karakter ('t Hart 1990:85). Ook Verdoorn plaatst het ontstaan van openbare gezondheidszorg in de steden vroeg: *'Al lang vóór de 19e eeuw werd de openbare gezondheidszorg beschouwd als een zaak van stedelijk belang, die onder de bevoegdheid van de stedelijke overheid viel.'* (Verdoorn 1981:169) Van oudsher organiseerden de welgestelden eigen medische hulp aan huis en was het de taak voor de kerken en de overheid om te zorgen voor de armen. 't Hart beschrijft drie aspecten van de gezondheidszorg in de negentiende eeuw, volkshuisvesting, beschikbaarheid van geneeskundige voorzieningen en openbare hygiëne, afzonderlijk, *'maar in de praktijk van de negentiende eeuw hingen ze vaak ten nauwste samen. Voorschriften die werden ingevoerd om de woningen voor het volk te verbeteren, omvatten bijvoorbeeld vaak ook de regels die de openbare hygiëne*

bevorderden.' ('t Hart 1990:90)

De stadsbesturen probeerden vooral de organische vervuiling tegen te gaan door te zorgen voor doorstroming van water, lucht en licht. Stilstaande rotting kon immers het gevaarlijke miasma — de kwalijke dampen — doen ontstaan, oorzaak van epidemieën als die van de cholera.

Om epidemieën te voorkomen drongen vooral de hygiënisten aan op '*persoonlijke hygiëne en het schoonhouden van straten en goten, grachten en woningen.*' ('t Hart 1990:99) Er werd vooral aangedrongen op actie van de stadsbesturen in de richting van aanleg van waterleiding. Zonder waterleiding leek verbetering van de hygiëne beperkt en wachten op het particulier initiatief zou te lang duren. Maar de overheid kampte met een chronisch tekort aan geld, waarbij men het er ook geheel niet over eens was aan welke systemen van waterleiding, riolering en vuilafvoer de voorkeur moest worden gegeven. Daar kwam bij dat de overheden zeer huiverig waren in te grijpen in de particuliere sfeer van de burgers. Burgers hadden een algemeen verzet tegen overheidsingrijpen, een permanente angst voor belastingverhoging en '*een diepgewortelde argwaan tegen vernieuwingen die vreemde pijpleidingen tot in de meest persoonlijke hoeken van het leven van de burger brachten en zo diens huishouden intiem met het openbare lichaam verbonden*' (De Swaan 1989:146).

Edwin Chadwick ontdekte in de jaren veertig van de negentiende eeuw dat twee problemen waarmee de steden in Engeland kampten door een en hetzelfde systeem opgelost konden worden. Het eerste probleem was de steeds terugkerende wateroverlast na hevige regenval. Voor een deel waren hiervoor voorzieningen in de vorm van de natuurlijke waterlopen die in de loop van de tijd vaak overkapt waren. Maar het af te voeren water bleef een terugkerend probleem. Het tweede probleem was de ongekende hoogte die het vuil in de stad letterlijk en figuurlijk aannam. Het vuil dat mensen en bedrijven produceerden werd op het eigen terrein of in de onmiddellijke omgeving daarvan gedumpt. Af en toe werd het dan door werklieden weggehaald. Deze individuele oplossing voldeed op geen enkele manier meer. De stad raakte verstikt in haar eigen vuil. In Engeland schafte het Parlement in 1815 het verbod af om excrementen in de overkapte waterlopen te storten. Het erkende daarmee in feite de noodzaak van een omvattender systeem om het vuil af te voeren. Maar hiermee kwam de waterafvoer in het gedrang: '*the established channels, built to man-size dimensions and sluggish in their flow, often clogged with faecal debris, to say nothing of animal carcasses, garbage, and other refuse that had never been easily excluded from sewers*' (Peterson 1983:17). Chadwick opperde in Londen het idee om het natuurlijke water te gebruiken om de stad via een systeem van buizen van haar vuil te verlossen. Niet al te grote ei-vormige buizen voldeden het beste. '*From John Roe, an engineer of London's Holborn and Finsbury sewer district, he learned that modest amounts of water when passing rapidly through a small egg-shaped sewer would free it automatically of solid disposals, including dead cats*' (Peterson 1983:17). Er moest gezorgd worden voor water in de huizen om de ontlasting de buizen in te spoelen en het regenwater zou in de grotere buizen de rest doen. Als de straten bovendien goed geplaveid werden en er goten werden aangelegd, zou het regenwater boven-

dien het straatvuil het riool in spoelen. Het belang hiervan werd — naast de stank en de verstopping — vooral ingegeven door het vermoeden dat rottend vuil en stilstaand water een voedingsbodem vormden voor besmettelijke ziekten zoals de cholera. Het probleem vereiste een integrale aanpak. Er was een compleet buizenet onder de stad nodig, gecombineerd met alom beschikbaar water en deugdelijk geplaveide straten.

Ook in de Verenigde Staten werd ingezien dat het systeem van riolering een weliswaar dure maar onvermijdelijke stap was om in een stad als New York de immense hoeveelheden vuil te verwijderen die dagelijks werden geproduceerd. De aanleg van waterleiding en die van riolering hadden een stimulerende invloed op elkaar. Immers, riolering vooronderstelde een constante toevoer van water als doorspoeling. Maar omgekeerd vereiste de *aanvoer* van water via een leiding ook een systeem van *afvoer* om te voorkomen dat de straten in de stad modderbaden zouden worden. Terwijl in Chicago zes opeenvolgende epidemieën van cholera en dysenterie de aanleiding waren om aanleg van riolering te overwegen, erkende in New Jersey het stadsbestuur, dat in 1851 werkte aan de totstandkoming van de waterleiding, dat zonder aanleg van een systeem van afvoer diezelfde waterleiding een bedreiging voor de gezondheid kon worden. Twee jaar later lag er een plan voor riolering naar Engelse snit (Peterson 1983:20).

In de eerste helft van de negentiende eeuw was — ondanks gebrek aan kennis over de werkelijke oorzaken — ook in Nederland bekend dat afvalwater en drinkwater gescheiden moesten worden om ziekten als cholera te voorkomen. De grootste barrière om die scheiding tot stand te brengen was de grote afstand die er was tussen bestuurders aan de ene kant en technici en medici aan de andere kant (Van der Woud 1987:403 e.v.). Technici en medici raakten onderling enigszins op elkaars werk betrokken. Binnen het 'technisch complex', zoals Van der Woud het noemt, betraden zowel medici als ingenieurs nieuwe en onbekende terreinen. Medici schreven bijvoorbeeld (zoals eerder vermeld) in 1866 een *Sterfte-atlas van Nederland*. Hierin werd geprobeerd gezondheid te relateren aan klimaat, bodemgesteldheid, ruimtelijke ordening en woningen. Gezondheid werd niet meer opgevat als louter een persoonlijk gegeven of een sturing door God, maar als iets dat *'afhankelijk is, zoowel van den physiologischen loop van 's menschen individueel levensproces, als van zijne eigene maatschappelijke gewoonten en gebreken, van voordeelige of nadeelige invloeden, die hem omgeven: kortom, van omstandigheden die voor een deel van zijnen wil afhangen — en die hij zekerlijk zich beijveren moet te leeren kennen.'* (uit de Sterfteatlas van Nederland, geciteerd in Van der Woud 1987:405) Het Koninklijk Instituut van Ingenieurs schreef in 1855 het beroemde *Verslag aan den Koning over de vereichten en inrigting van arbeiderswoningen*, waarin men schreef dat sinds kort het fenomeen arbeiderswoning binnen het blikveld van het Instituut was gekomen *'door kennis van de stoffelijke invloeden, tot voor kort onbekend, die op de gezondheid en het leven van de mens hun vermogen uitoefenen.'* (uit het Verslag aan den Koning, geciteerd in Van der Woud 1987:406) Artsen en ingenieurs begaven zich dus voorzichtig op elkaars terreinen om de eigen discipline te schragen met moderne inzichten en zo effectiever te maken.

Bij het 'bestuurlijke complex' lag dit anders. De drie bestuurslagen in Nederland: gemeente, provincie en Rijk waren ook toen op een ingewikkelde manier van elkaar afhankelijk en daarbij kwam nog het complexe stelsel van de rechten en plichten van particulieren. De aanleg van een ondergronds rioleringsstelsel bijvoorbeeld vereiste naast veel geld — dat er te weinig was — en de politieke steun van hogere overheden — die vaak ontbrak — ook consensus onder alle belanghebbenden. Optimaal lokaal bestuur in de eerste helft van de negentiende eeuw betekende daarenboven *'buiten het terrein van de handel en nijverheid vooral bedaardheid en rust, eerder zoeken naar continuïteit dan naar verandering, meer aanvaarden dan beïnvloeden.'* (Van der Woud 1987:410) Rond 1843 waren medici en technici zover dat het medische ideaal ook technisch mogelijk werd: de aanleg van gescheiden netwerken van waterleiding en riolering. Het aanbod van ijzeren buizen in massa-productie en de ontwikkeling van door stoomkracht gedreven pompen bood de mogelijkheid tot realisering van zo'n systeem. De bestuurders van de grote steden steunden dit echter niet en de plannen werden afgewezen. In Amsterdam werd met de aanleg van waterleiding in 1854 begonnen als particuliere onderneming (Verdoorn 1981:174). In Utrecht zou de aanleg van waterleiding uiteindelijk pas in 1881 ter hand worden genomen ('t Hart 1990:133). Volgens Verdoorn moet de opvatting dat hygiëne en gezondheid de belangrijkste drijfveren waren achter de aanleg van de waterleiding, gerelativeerd worden. In Amsterdam was het vooral het tekort aan water (door ijs in de winter en door droogte in de zomer) en de daardoor hoge prijzen voor drinkwater, dat de doorslag gaf tot de aanleg van een leidingstelsel. Men wilde vooral drinkbaar water het hele jaar door. Iets vergelijkbaars gold voor het vuil in Amsterdam. De welgestelden ergerden zich aan de overal aanwezige stank uit de grachten en de stegen en aan het overal zichtbare vuil op straat (Verdoorn 1981:174 en Rodenstein 1988:28). De Swaan concludeert dat het collectieve belang bij openbare hygiëne in de vorm van preventie van massa-epidemieën de ideologische toon aangaf voor ondernemingen als de aanleg van waterleiding en riolering. De timing en het verloop ervan werden echter beïnvloed door particuliere eisen. De particuliere investeringen werden gedaan op basis van later te innen abonnementsgelden (De Swaan 1989:148).

Het effect van dergelijke voorzieningen op de gezondheid van de bevolking moet niet overdreven worden. Verdoorn maakt onderscheid tussen het materiële bestaan van een fenomeen als bijvoorbeeld waterleiding en het feitelijke gebruik ervan. Voor grote groepen in de stad was gebruik van de waterleiding te duur of lag gebruik niet voor de hand omdat men er de zin niet van in zag. Dus bleef men als vanouds de pompen en de grachten gebruiken. Een sterke beweging van vooral artsen om te streven naar beter onderwijs en vooral naar opnemingen van gezondheidsleer in het vakkenpakket van opleidingen, heeft bijgedragen aan de langzame verbreding van het inzicht dat gebruik van drinkwater uit de leiding in plaats van uit de gracht ook om gezondheidsredenen aan te raden was (Verdoorn 1981:179-181). Een ander gevolg van het doordringen van gezondheidsleer in bredere lagen van de bevolking was het effect dat dit had op de zuigelingensterfte: *'Wat in het bijzonder de daling der zuigelingensterfte betreft, zal een geleidelijke verandering der inzichten aangaande de verzorging van zuigelingen, zoals die allereerst in de grote steden aan de dag trad, een*

belangrijke bijdrage geleverd hebben.' (Verdoorn 1981:207)

Ook 't Hart constateert tegenstellingen tussen bestuurders en medici. In 1851 werd de zorg voor de openbare gezondheid een taak voor de gemeentebesturen. De controle erop werd in de gezondheidswetten van 1865 opgedragen aan geneeskundige raden en inspecteurs. Deze inspecteurs konden echter alleen maar onderzoeken wat er eventueel mis was en hierover aan de minister of aan de gemeentebesturen *adviseren*. Bevoegdheden hadden de inspecteurs niet. De gemeentebesturen hadden wel bevoegdheden, maar hadden uiteraard allerlei belangen in de stad tegen elkaar af te wegen: geldgebrek, belangen van de industrie en belangen van individuele burgers. Het enige echte wapen dat de inspecteurs bij het aantreffen van wantoestanden ter beschikking stond was de publiciteit zoeken. De hygiënistenvonden dit een te trage gang van zaken ('t Hart 1990:94).

Voor Amsterdam bemerkt Verdoorn eenzelfde houding van het stadsbestuur voor zaken die de gezondheid betroffen. Formeel had de gemeente belangrijke taken op het gebied van gezondheid, maar de praktijk was anders. De belangstelling in de gemeenteraad voor gezondheidsproblemen was miniem. Men was bang voor de kosten van maatregelen en men vreesde in botsing te komen met particuliere belangen. Veel begrip voor het belang van hygiënische maatregelen bestond er bij de politiek niet. *'De geest van die tijd, niet alleen bij de plaatselijke overheid, maar evenzeer zoals ze tot uiting kwam in het parlement, wanneer het om de behartiging van gezondheidsbelangen ging, zou hier nog decennia lang een remmende kracht blijken te zijn.'* (Verdoorn 1981:171-172) Overigens kleurde deze opvatting van onthouding van overheidsinterventie de inzet van niet alleen veel politici, maar ook van veel medici. Overheidsingrijpen diende tot het uiterste minimum beperkt te blijven.

3.2.4 Het voorbeeld van Utrecht

Na een meer algemene beschouwing over het beleid rond gezondheid in de negentiende eeuw is het verhelderend eens nadrukkelijker te kijken naar één enkele stad. Utrecht is gekozen vanwege de weinige bekendheid die het gezondheidsbeleid van die stad in tegenstelling tot bijvoorbeeld Amsterdam heeft. Desondanks zijn er over Utrecht goede gegevens beschikbaar.

Over het gezondheidsbeleid van de stad Utrecht rond 1800 zegt 't Hart: *'De armenzorg werd, wanneer dat noodzakelijk leek, gestimuleerd, terwijl voortdurend werd gewaakt over de gezondheidstoestand van de bevolking. De stedelijke overheid trad preventief en curatief op, maar door gebrek aan (dwang)middelen kon de naleving van de voorschriften in veel gevallen nauwelijks worden afgedwongen. Een typerend voorbeeld daarvan vormt de weigering van vele armen om hun kinderen te laten vaccineren tegen de pokziekte, hoewel de stedelijke overheid -al spoedig na 1800 daartoe mede aangezet door hogere autoriteiten-voorschriften ontwierp en faciliteiten schiep.'* ('t Hart 1983:150) Om effectiever te kunnen werken werd het advies van artsen in 1805 om bedeling te laten inhouden van ouders die

hun kinderen niet lieten vaccineren opgevolgd middels een besluit daartoe van het stadsbestuur. Maar een jaar later bleek het besluit niet effectief. Dwangmaatregelen waren blijkbaar niet aanvaardbaar ('t Hart 1983:104).

Toen in 1779 een dysenterie-epidemie dreigde vroeg het Utrechtse stadsbestuur advies aan de hoogleraren van de medische faculteit. Één van de adviezen was te zorgen voor reinheid in de stad. Het stadsbestuur gaf opdracht te controleren of er in de arme buurten voldoende 'secreten' ('poepdozen') waren. Rapporteurs meldden dat er gemiddeld één secreet op 5 à 6 woningen was aangetroffen. In 1772 was echter al besloten dat er één per woning diende te zijn. De prijs per te bouwen toilet bleek toen echter de prijs van veel kleine woningen te boven gaan. Het besluit werd toen niet uitvoerbaar geacht. Men legde zich ook nu maar bij de feitelijke situatie van 1779 neer: er diende gestreefd te worden naar een toilet per 6 woningen. Opvolging van andere adviezen van de hoogleraren over de reinheid bleken ook onuitvoerbaar, vooral door het gebrek aan een waterleiding in de stad ('t Hart 1983:100-101).

Het stadsbestuur van Utrecht vroeg in die tijd regelmatig advies aan medici: hoe een epidemie buiten de stad te houden? Was het overlijden van een vrouw tijdens de zwangerschap te wijten aan onbekwaamheid van de vroedvrouw? Waren rondtrekkende genezers betrouwbaar? Hielden drogisten zich aan de regels? en soortgelijke vragen. Goede ideeën over de bevordering van de gezondheid van de stedelingen waren er, maar het geld ontbrak om ze in brede lagen van de bevolking door te voeren. Ongezondheid was immers tevens een onoplosbaar armoede-probleem.

't Hart (1983) is voor de periode rond 1800 milder over de rol van het (in dit geval Utrechtse) stadsbestuur dan Van der Woud (1987). In zaken betreffende de gezondheidszorg vindt 't Hart dat het stadsbestuur vooral een machteloze indruk maakte. Machtsmiddelen om naleving van regels en voorschriften af te dwingen ontbraken. En geld om de nodige voorzieningen te treffen was er ook niet. Met vriendelijke en voortdurende aandrang moest worden getracht verbeteringen aan te brengen waar in feite een stevige hand nodig was. Het zou een vooruitgang geweest zijn, wanneer de kennis van de medici ook toegepast zou worden. *'Maar wie moest de aanleg van secreten betalen? Hoe kon worden voorkomen dat er in de buurt van waterputten secreetputten werden gegraven? Hoe kon er een streng toezicht uit worden geoefend op de naleving van het verbod van 'industriële' lozingen in het water van de stadsgrachten? Veel meer dan het verbieden om vervuilende bedrijven te beginnen in de buurt van plaatsen waar het water voor bijvoorbeeld brouwerijen of als drinkwater nodig was kon het bestuur niet doen. Men moest maar hopen dat de mensen zelf wel zo verstandig zouden zijn om de regels voor hun gezondheid, waarop zo vaak werd gehamerd, na te leven.'* ('t Hart 1983:110) Maar over de periode 1840-1880 velt Bosschaert een harder oordeel: *'De sociale en medische nood van het merendeel van de bevolking van Utrecht was groot. Het Stadsbestuur liet zich er weinig aan gelegen liggen.'* (Bosschaert 1969:377) Het klimaat in Utrecht was volgens hem conservatief en het stadsbestuur laks. Dat heeft sterk belemmerend gewerkt op de verbetering van de misstanden. Terwijl de nood in die tijd hoog was. Bosschaert moet vaststellen dat *'de 19e-eeuwse arbeidstoestanden, woonomstandigheden,*

drinkwatervoorziening en vuilafvoer te Utrecht schrikbarend slecht waren en dat het voor de arbeidende stand moeilijk was om voortdurend in zijn levensonderhoud te voorzien.' (Bosschaert 1969:113) Het was niet het stadsbestuur, maar het particulier initiatief dat voorop liep om hierin verandering te brengen. Vooral *'een groepje vooruitstrevende Utrechtse medici'* heeft hierin een grote rol gespeeld.

Toch werd in Utrecht op 8 februari 1855 een belangrijke stap gedaan. De Gemeenteraad besloot in navolging van Rotterdam een 'Gezondheidscommissie der stad Utrecht' in te stellen.⁵ De commissie werd belast: *'a. met een in bijzonderheden afdalend onderzoek van al datgene, hetwelk in deze Stad voor de gezondheid der bewoners ongunstig is; b. met de aanwijzing en beschrijving van al datgene, wat uit het genoemde oogpunt aan geen twijfel onderhevig is; c. met de aanwijzing der middelen om al dat schadelijke te verwijderen.'* (notulen van de Gemeenteraad, afgebeeld in 't Hart 1990:115) De commissie bestond uit medici, juristen, natuurkundigen, scheikundigen, bouwkundigen en vanaf 1891 ook bacteriologen. Ze kon voortdurend de vinger leggen op ongezonde toestanden in de stad en hield zo het stadsbestuur onder druk om maatregelen te nemen. De commissie functioneerde naast de plaatselijke commissie voor geneeskundig toezicht, maar had een bredere interdisciplinaire samenstelling en opdracht. Men gaf blijk van een moderne aanpak. De eerste stap die gezet werd was de inventarisatie van zaken waar iets aan gedaan moest worden. De commissie bestudeerde de oorsprong en de aard van het vuil in de stad, de bewoonbaarheid van de huizen, de toestand van de grachten, goten en riolen, de reiniging van de openbare weg en van de woningen der armen, de vuilafvoer, de toestand van de scholen, de kwaliteit van het drinkwater en van het voedsel, de eventuele schadelijkheid van fabrieken, het misbruik van sterke drank en de regels voor de woningbouw. Vervolgens keek men of de regels die er op die gebieden al langer waren, beter nageleefd konden worden en toen dat door gebrek aan controlerend personeel en door obstructie van het publiek te weinig lukte, gooide men het over een andere boeg. Er was, vond de commissie, geen onwil in het spel, maar onwetendheid. Dus was niet dwang, maar voorlichting aan het publiek het geijkte middel om vooruitgang te bereiken ('t Hart 1990:117). Overigens moesten vanaf 1865 politieagenten rapporteren welke onhygiënische toestanden ze op hun dagelijkse ronden tegen kwamen. Zij hadden wel de bevoegdheid te verbaliseren ('t Hart 1990:120).

De commissie adviseerde het stadsbestuur meermalen over gezondheidsaspecten van bouwverordeningen: de minimale grootte van de kamers (een woonkamer minimaal 12m²), de waterdichtheid van de beerputten, het aantal toiletten per woning en dergelijke. Wanneer de toestand van een huis dermate slecht was dat er gevaar voor de gezondheid dreigde doordat *'ziekten zich onder zekere omstandigheden vanuit die huizen naar de naburige kunnen voortplanten'*, kon de gezondheidscommissie het pand onbewoonbaar laten verklaren. De commissie heeft dat ook meermalen gedaan ('t Hart 1990:122). Een lid van de commissie, de arts Broers, nam in 1855 het initiatief tot de oprichting van de *Maatschappij tot Verbete-*

⁵ Dit gebeurde ook in de andere grote steden. Zie bijvoorbeeld Verdoorn 1981, pagina 294 e.v., voor een beschrijving van de Gezondheidscommissie van Amsterdam.

ring der Woningen voor Arbeidenden en min Vermogenden. De maatschappij bouwde en verhuurde (met winst) arbeiderswoningen.

Gedurende de tweede helft van de negentiende eeuw mengde de Gezondheidscommissie zich uitgebreid in debatten over gezondheid in de stad. Zo bijvoorbeeld over de ophaal van stadsvuil en fecaliën. Waren hiervoor beerputten, tonnen, open riolen of 'overdekte riolen' de geschiktste middelen? Beerputten gingen vroeg of laat lekken, zeker als de constructie van eenvoudig gestapelde stenen was. Maar het vervoer van tonnen per kar was ook geen frisse aangelegenheid. De Commissie adviseerde uiteindelijk het stelsel van Liernur. Het stelsel differentieerde naar twee soorten riolen: een net van cementen buizen voor spoel-, was-, hemel- en fabriekswater en een net van luchtdichte ijzeren buizen voor de afvoer van fecaliën en urine (Jansen 1978:141, noot 7).

Ook leverde de Commissie bijdragen aan het debat over de zorg voor het drinkwater: diepere pompen slaan, een leidingnet aanleggen, of wachten tot de kwaliteit van de pompen verbeterde door de combinatie van vuilafvoer en een systeem van riolering?. Het water dat in de stad gebruikt werd kwam voor het allergrootste deel uit pompen en was vaak van slechte kwaliteit. Er waren weliswaar pompen met een uitstekende waterkwaliteit en de burgers konden die blindelings aanwijzen: de pomp bij de Domkerk, de pomp bij de voormalige Paulus Abdij, de pomp op het Jansveld achter het Vleeshuis en de pomp op het Mariaplein. Over het algemeen lagen deze pompen op de hogere gronden waar de beter gesitueerden woonden en waar de grond minder vervuild was dan elders. Maar lager in de stad, in de volkswijken, was de toestand verdorven. In veel wijken leverde meer dan de helft van de pompen onbruikbaar drinkwater op. Het water uit de pompen daar werd bedorven door de aanwezigheid van sekreten en beerputten. De Commissie noemt het voorbeeld van de welwaterput van de heer Trip, op de Helling, die op twaalf Ellen afstand ligt van een put waarin dagelijks paardepis wordt afgevoerd. Ook al ging het de Commissie te ver een direct verband tussen de waterkwaliteit en de terugkerende golven van cholera te leggen, toch meende zij dat goed drinkwater van het grootste belang voor de volksgezondheid was (Jansen 1978:141-142, noot 11). Een verband tussen de kwaliteit van het sanitair en de hevigheid van de cholera legt de Commissie wèl. In een rapport van 13 maart 1868 pleit de Commissie voor sanitaire maatregelen in Wijk C. Hier vallen bij de opeenvolgende aanvallen van de cholera steeds de meeste doden: in 1832 en 1833, in 1848 en 1849, in 1853, 1854 en 1855, in 1859 en in het rampjaar 1866 wanneer de cholera in Utrecht 1600 slachtoffers eist, ofwel 2,5% van de totale bevolking (Jansen 1978:19 en Jansen 1984:91, noot 96).

Dilemma's waren er ook vaak van economische aard: kon men de opbrengsten van dierlijke en menselijke mest wel missen wanneer alles in het riool zou gaan verdwijnen? Kon wel van de armen verwacht worden dat ze gingen betalen voor een systeem van riolering dat hen beroofde van hun inkomsten uit 'eigen produktie'? Was het wel een taak voor het stadsbestuur om te investeren in de aanleg van waterleiding, wanneer dat ook betekende dat de huiseigenaren hogere winsten konden maken omdat een woning met waterleiding meer opbracht dan een woning zonder die luxe? De aanleg van een netwerk van waterleidingen was niet mogelijk zonder de financiële medewerking van de welgestelden. Zouden de rijken

echter aan het systeem willen bijdragen, terwijl ze toch al de beschikking hadden over goed drinkwater?

Soms klinken de adviezen van de Gezondheidscommissie door in besluiten van Burgemeesters en Wethouders. Zo kan B&W in 1876 een plan van de weduwe Bosboom voor uitbreiding van de in 1871 door haar man ontworpen Kovelstraat niet goedkeuren, overwegende *'dat door dezen aanbouw een slop zoude worden daargesteld, slechts aan eene zijde toegankelijk en waar toetreding van licht en lucht zal worden verhinderd, hetgeen ten nadeele zoude strekken van de openbare gezondheid'* (geciteerd in Jansen 1978:24).

3.3 De kentering

3.3.1 Medische progressie

Aan het einde van de vorige eeuw ontstond er een sterk geloof in medische vooruitgang. Sociale en fysieke omstandigheden als veroorzakers van ziekten kregen een minder prominente plaats. Er werd nu immers flinke vooruitgang geboekt in het zoeken naar de biologische oorzaken van de grote gezondheidsproblemen van die tijd, de epidemieën. In 1883 werd de cholerabacil ontdekt. Dat opende de weg naar een directe bestrijding van de cholera zelf. Zelfs wanneer de omstandigheden in de steden slecht bleven, kon het kwaad bij de wortel aangepakt worden door de bacil zelf te doden. Tegelijkertijd ook konden de meest dramatische gevolgen van armoede in de steden onder controle gebracht worden.

De benadering die daaruit voortkwam was als vanzelf individueel. Bestrijding van bijvoorbeeld TBC is alleen mogelijk via de individuele TBC-patiënt. De stad, die zo sterk in de belangstelling van medici had gestaan, verdween in de loop van de twintigste eeuw vrijwel geheel uit het zicht. *'Het idee van een 'gezonde stad' als optimaal leefmilieu is na 1945 zelfs helemaal geen medisch thema meer, zoals trouwens ook het ecologische bewustzijn volledig uit de medische theorievorming was verdwenen.'* (Houwaart 1989:82)

In de loop van de eerste helft van de twintigste eeuw werd de band tussen het medische en het sociale goeddeels doorbroken. De aanpak van de lokale voorvechters voor verbetering van omstandigheden die de gezondheid bedreigden, raakte op de achtergrond. De glorie van de hygiënist was voorbij. De grote opmars van de universitair opgeleide artsen als bestrijders van ziekte en hoeders van gezondheid kon beginnen. De gezondheidswetten van 1865 hadden hen al een centrale plaats in de gezondheidszorg gegeven. De verantwoordelijken voor volksgezondheid waren niet langer — zoals in de eeuw daarvoor — ondergeschikt aan het lokale stadsbestuur, maar aan het gezondheidszorgsysteem. De politiek hoefde geen verantwoording meer af te leggen voor de volksgezondheid. Die werd in plaats daarvan een onderdeel van het gezondheidszorgsysteem en als zodanig een kwestie van voorzieningen en management (Kickbusch 1989:38). De benadering verschoof van een omgevingsgerichte naar een individuele, gericht op behandeling van ziekte of gebrek. In de plaats van een nadruk

op samenwerking met andere beroepsgroepen kwam een sterk streven naar medische specialisatie. De topics in het onderzoek verschoven van onderzoek naar de samenhang tussen gezondheid en leefmilieu naar onderzoek van ziektegeschiedenissen en behandeltechnieken. Voor elke ziekte werd nu gezocht naar een specifieke, overwegend biologisch bepaalde oorzaak. Ziektes werden, in overeenstemming met natuurkundige principes, beschouwd als universele verschijnselen, met algemeen voorkomende eigenschappen, de historische periode, plaats of cultuur overstijgend. Tussen 1897 en 1900 werden de verwekkers van tenminste tweeëntwintig infecties geïdentificeerd (Scheppers en Nievaard 1995:28). Er was dus alle reden voor geloof in de medische vooruitgang. De aanvankelijk kritische en argwanende houding tegenover geneesheren in de negentiende eeuw sloeg aan het eind van de eeuw volledig om. De geneeskunde werd in snel tempo een volwaardige en maatschappelijk hooggewaardeerde professie, met een eigen universitaire opleiding, een relatieve autonomie en een eigen beroepscultuur. Sedertdien is de gezondheidszorg van een relatief marginale sector geworden tot een van de grote gevestigde branches in de samenleving. In Nederland namen de kosten voor de gezondheidszorg toe van ruim 2 miljard per jaar in 1963 tot ruim 45 miljard in 1989. In 1963 was dit nog 4,5% van het Bruto Nationaal Produkt, in 1989 was dat opgelopen tot 9,7% (Scherpenisse en Verbeek 1991). De gezondheidszorg is een van de omvangrijkste posten op de nationale begrotingen van Westerse landen geworden.

Schnabel (1988) beschrijft de naoorlogse ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland als een proces van verandering in de verhouding tussen de drie machten uit de *trias therapeutica*: overheid, gezondheidszorg en samenleving. De grote lijn in dit proces is de geleidelijke doorbreking van de autonomie van het zorgsysteem. De gezondheidszorg komt de laatste decennia minder op zichzelf te staan en raakt politiek en maatschappelijk meer geïntegreerd. Gezondheid wordt maatschappelijk steeds belangrijker en dit komt volgens Schnabel tot uiting in drie verschuivingen: van aandacht van volksgezondheid naar individuele gezondheid; van zorg voor zieken naar zorg voor gezonden; van zorg voor enkelen naar zorg voor allen. De gezondheidszorg, schrijft Schnabel, is de georganiseerde inspanning om recht te doen aan het algemene belang van een goede gezondheid. Gezondheidszorg wordt daarmee tot op zekere hoogte een openbaar gebied. Maar in de visie van de zorg zelf is het belang van een goede gezondheid steeds identiek geweest aan het belang van de aanwezigheid van een goede gezondheidszorg, zoals gezien door de medische beroepsgroep en de besturen van de instellingen.

Vanaf ongeveer 1970 is gestreefd naar een meer gelijkwaardige verhouding tussen de *trias therapeutica*. Overheid en burger zijn sterker geworden tegenover de zorginstellingen. Daarvóór was er sprake van een beleidsmatig vacuüm op het gebied van gezondheidszorgbeleid. De instellingen waren immers autonoom en waren onderling niet samenhangend. De overheid had nauwelijks mogelijkheden beleid te voeren en burgers kwamen er niet aan te pas.

De doorbraak waren de bezuinigingen vanaf 1974. Inmiddels was duidelijk geworden dat de gezondheidszorg veel sneller groeide dan het nationale inkomen. Bovendien dreigde de groei onevenwichtig te worden: een overschot aan gespecialiseerde ziekenhuisvoorzieningen en een tekort aan basisgezondheidszorg en verpleegvoorzieningen. Zonder sturing van buitenaf

leek de gezondheidszorg zich autonoom te ontwikkelen in de richting van een *'hooggespecialiseerde, hoogtechnologische intramurale geneeskunde'* (Schnabel 1988:184). In de Verenigde Staten en Duitsland heeft dit proces zich doorgezet, terwijl in Nederland, Groot Brittannië en de Scandinavische landen de overheden deze ontwikkeling bij zijn gaan sturen door eerstelijnszorg, verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg systematisch te bevorderen. In Nederland volgden de stappen van geld (bezuinigingen) naar organisatie (echelonnering en regionalisatie), en vervolgens van organisatie naar inhoud (de opkomst van de patiënt en samenleving als derde macht in de gezondheidszorg) elkaar logisch op. Er vond en vindt nog steeds een langzame verandering van rollen plaats. De zorginstellingen evolueren meer tot uitvoerders van het gezondheidszorgbeleid van de overheid⁶ en worden een openbaar gebied: *'open voor discussie, vatbaar voor kritiek, beïnvloedbaar door de samenleving, gevoelig voor de verlangens van de hulpvrager'* (Schnabel 1988:193). De gezondheidszorg is zodoende een *publiek domein* geworden: de gezondheidszorg is sterker dan voorheen afhankelijk geworden van opvattingen in de samenleving en de daaraan verbonden politieke keuzen. Sinds het eind van de jaren tachtig doet concurrentie zijn intrede in de gezondheidszorg. Dit gebeurde naar aanleiding van de Commissie-Dekker (1987) die adviseerde concurrentie toe te laten tussen verzekeraars en tussen aanbieders van zorg om zo prijs en kwaliteit beter op elkaar af te stemmen. Van der Grinten (1987) constateert echter dat het tot nu toe nooit is gelukt om de gezondheidszorg, de financiering ervan en de planning fundamenteel te herstructureren, ondanks de voortdurende behoefte aan meer samenhang en structuur in de zorg. De overheid kan veranderingen in de zorg sturen, maar is niet bepalend voor de ontwikkelingen.⁷

3.3.2 Verschuivingen

De vraag is echter of de sindsdien ontwikkelde exclusief medische aanpak ook nu nog de beste denkbare manier is om met gezondheid en gezondheidsproblemen om te gaan. Er hebben zich de laatste decennia — we zullen dat hieronder zien — veranderingen voorgedaan rond gezondheid en zorg die van invloed zijn op de mogelijkheden en grenzen van de medische aanpak. Het gaat achtereenvolgens om de toename van gezondheidsverschillen, om verschuivingen rond het begrip gezondheid, om verschuivingen in ziektepatronen, om de toenemende kosten van de gezondheidszorg en om de veranderende positie van de arts en de gezondheidszorg.

Toename van ongelijkheid in gezondheid

In het vorige hoofdstuk is aangetoond hoe Nederland en andere Westerse landen ondanks

⁶ Eigenlijk is het beter te zeggen: van het financieel-economisch beleid van de overheid ten aanzien van de zorginstellingen. Dit is veel beperkter dan gezondheidszorgbeleid.

⁷ Overigens valt de ontwikkeling van het medisch bedrijf sinds het eind van de vorige eeuw tot aan de huidige tijd buiten het bestek van dit boek. Een standaardwerk over de ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg is Boot en Knapen (1993), *De Nederlandse gezondheidszorg* (Utrecht, Het Spectrum).

de voortdurend toenemende algemene welvaart blijven kampen met relatief grote verschillen tussen sociaal-economische groepen in levensverwachting, in kans op chronische ziekten en op beperkingen. Deze verschillen zijn weliswaar kleiner dan ze in de negentiende en aan het begin van deze eeuw waren, maar lijken vanaf de jaren zeventig van deze eeuw weer toe te nemen. De oorzaken voor deze verschillen liggen voor een groot deel buiten de gezondheidszorg, en zijn te vinden in onderwijs, arbeid, inkomen en sociaal-culturele verhoudingen.

Verschuivingen rond het begrip gezondheid

Gezondheid wordt de laatste jaren gaandeweg minder beschouwd als enkel de afwezigheid van ziekte of gebrek, en meer als een begrip met een positieve inhoud. Gezondheid biedt een individu perspectieven tot maatschappelijke ontplooiing. Maar gezondheid is ook een waarde op zich geworden en wordt daarmee tevens tot een normatief begrip (Schnabel 1988). Nu de grote ideologieën en idealen ter discussie komen te staan, lijkt gezondheid nog de enige gemeenschappelijke waarde. In 1993 vindt in Nederland ruim 60% van de mensen een goede gezondheid de belangrijkste waarde in het leven (in 1966 was dat slechts 35%). Daarnaast wordt steeds meer gezien dat gezondheid ook uit te drukken is als waarde voor andere maatschappelijke sectoren zoals het nationaal inkomen, werkgelegenheid en huisvesting (Schrijvers 1994). Een tweede verschuiving is de erkenning dat gezondheid meer is dan hetgeen medisch kan worden vastgesteld. Gezondheid heeft ook een aspect van persoonlijke beleving. Onderzoek naar de gezondheidstoestand zal dus niet alleen medisch-epidemiologisch, maar ook psychologisch en sociologisch van aard zijn (Belleman 1992:5). Op de derde plaats wordt de gezondheidstoestand van een bepaalde samenleving niet meer alleen gezien als een optelsom van de gezondheid van de individuen, maar moet gezondheid begrepen worden *'tegen de achtergrond van een sociale, economische en culturele context waarin de plaatselijke gemeenschap verkeert.'* (Belleman 1992:6).⁸

Verschuivingen in ziektepatronen

De geneeskunde kon aan het eind van de vorige eeuw opbloeien dankzij de successen in de bestrijding van de infectieziekten als cholera, malaria, pokken, mazelen, kinkhoest, tyfus, roodvonk, tuberculose en difterie. De noodzaak om de infectieziekten de baas te worden gold voor arm en voor rijk. Weliswaar vielen de slachtoffers overwegend onder de armen, toch liepen ook de rijkere het gevaar besmet te worden. Er kon zo een breed draagvlak ontstaan voor bestrijding en vaccinatie van infectieziekten.

Sindsdien is er een verschuiving opgetreden in het sterftepatroon. Waren het in de negentiende eeuw vooral de infectieziekten die de belangrijkste bijdrage aan sterfte leverden, nu zijn het niet-infectieuze ziekten als kanker en hart- en vaatziekten die bovenaan staan als doodsoorzaken (Schepers en Nievaard 1995:13-25). Bij deze ziekten hoeft niet iedereen —

⁸ Het is zeker niet zo dat dit de visie is van grote groepen binnen de gezondheidszorg, maar het is een standpunt dat — vooral in kringen in de openbare gezondheidszorg of *public health* — gaandeweg weer sterker naar voren wordt gebracht.

zoals bij de infectieziekten — beschermd te zijn om zelf geen gevaar te lopen. Ashton noemt dit als een mogelijke reden voor het naar de achtergrond verdwijnen van de openbare gezondheidszorg toen de rol van de infectieziekten uitgespeeld was. De noodzaak tot een brede publieke aanpak was verdwenen (Ashton 1988:18).

De medische wetenschap kan nu echter niet meer zo'n sprong voorwaarts maken als toen. Er is nu geen bacil te ontdekken en te vernietigen. Tenminste één uitdaging ligt er nog wel rond infectieziekten: de ontdekking van een manier om het AIDS-virus te bestrijden. De oorzaken van kanker en hart- en vaatziekten lijken echter voorlopig buiten het medisch bereik te vallen. Oplossingen voor deze ziekten liggen in verandering van leefwijzen en van de fysieke en sociale omgeving van mensen.

Toenemende kosten

De verwachting na de Tweede Wereldoorlog was dat, wanneer de achterstand van de armen in gezondheid eenmaal was ingelopen, de kosten van de gezondheidszorg als geheel zouden gaan dalen. Het tegendeel blijkt het geval te zijn. Met de toegenomen welvaart en de toegenomen medisch-technologische mogelijkheden is ook de behoefte aan een goede kwaliteit van leven toegenomen en is de tolerantie voor belemmeringen voor een goede gezondheid afgenomen (Ashton 1988:2).

Meer medische zorg levert volgens Wildavsky (1989) niet perse meer gezondheid op. Artsen hebben invloed op niet meer dan 10% van het volume van alle gezondheidsdeterminanten. De rest hangt af van leefwijzen en van sociale en fysieke omstandigheden. Wildavsky betoogt dat er in de gezondheidszorg door twee oorzaken een soort afnemende meeropbrengst plaats vindt. Ten eerste worden door voorbijgaande medische successen mensen gemiddeld steeds ouder en moeilijker te genezen. En ten tweede zijn 'makkelijke' ziekten inmiddels al bestreden en blijven de moeilijker aandoeningen over. Het wordt daardoor steeds moeizamer om vooruitgang te boeken. Omdat geneeskunde niet direct met gezondheid verbonden is, is er altijd onzekerheid bij zowel patiënten als bij artsen. Er is altijd nóg een behandeling of medicijn mogelijk. Om de onzekerheid te bestrijden zoekt de patiënt hulp tot aan de grenzen van zijn verzekering. Hierdoor stijgen de kosten voortdurend. Het is de onverslaanbare combinatie van de bezorgde patiënt en de onzekere arts die dit veroorzaakt. De 'Law of Medical Money' zegt dat de kosten van de gezondheidszorg zullen stijgen tot de som van de totale particuliere ziektekosten verzekeringen en overheidssubsidies die op dat moment beschikbaar zijn (Wildavsky 1989:284 ev.).

Veranderende positie van arts en gezondheidszorg

De effecten die de verschillende emancipatie- en protestbewegingen sedert het einde van de jaren zestig op allerlei voorheen onaantastbaar geachte instituties hadden, zijn ook niet voorbij gegaan aan arts en gezondheidszorg. De autoriteit van de arts is verminderd. Mensen zijn zich zelfstandiger in het medisch circuit gaan bewegen. De arts heeft niet meer vanzelfsprekend het gelijk aan zijn kant. Het toenemend aantal contra-expertises (second opinion) en het toenemend aantal gevallen van artsen die onder dreiging verwijzen of medicatie uitschrijven zijn hier uitingen van (Dierendonck et al. 1992). Daarnaast hebben patiëntenorga-

nisaties zich in dertig jaar tijd als vierde partij een positie verworven naast de traditionele hoofdrolspelers in zorg: de zorgverleners, de verzekeraars en de overheid. Ook de opkomst van zelfhulpgroepen zijn een uiting van veranderende verhoudingen tussen de gezondheidszorg en de samenleving.

Het accent in de geneeskunde lag tot nu toe sterk op medische technologie en bestrijding van ziekte bij het individu. Zoals hierboven is aangegeven stuit dit in de huidige tijd op grenzen. De bestrijding van ziekte wordt een *pathogenetische* benadering genoemd. De basis en oorsprong van de benadering is ziekte. Niet de gezonde mens staat centraal, zelfs niet de zieke mens, maar de ziekte als een bijna losstaand, onafhankelijk te behandelen object.⁹ Wanneer we het hebben over *gezondheidszorg* bedoelen we dan ook niet *zorg dragen voor gezondheid*, maar bedoelen we het lichaam repareren in geval van ziekte (Kickbusch 1989:35). De nieuwe volksgezondheid benadrukt in plaats van de bestrijding van ziekte het voorkómen van ziekte, maar ook — een stap verder — het bevorderen van gezondheid zelf.

Deze tendens heeft tot concrete aanzetten voor veranderingen in gezondheidsbeleid geleid. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft daarin een vooraanstaande rol gespeeld.

3.4 De nieuwe volksgezondheid

3.4.1 De Wereldgezondheidsorganisatie

In 1978 is de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een actieprogramma gestart voor verbetering van de volksgezondheid in de lidstaten. In dit programma *Health for All by the year 2000* worden de lidstaten opgeroepen 38 concreet omschreven doelen in het jaar 2000 te halen. Deze doelen bewegen zich op drie niveaus:

- * Basisvoorwaarden voor gezondheid. Deze behelzen onder andere de verkleining van gezondheidsverschillen, het gebruik van gezondheid als een maatschappelijk potentieel, de verlenging van de (gezonde) levensduur, het terugdringen van de kinder- en kraamsterfte en het bestrijden van enkele belangrijke ziekte-oorzaken (zie Figuur 1).
- * Noodzakelijke veranderingen op het gebied van leefwijzen, omgeving en zorg. Hierbij worden onder andere doelen gesteld rond intersectorale samenwerking en participatie, versterking van gezonde leefwijzen, bescherming tegen gezondheidsrisico's in voedsel

⁹ Een concreet gevolg van het streven naar bestrijding van ziekte is dat winst van gezondheidszorg opgevat wordt als 'toegenomen levensverwachting'. Succesvolle reparaties leiden ertoe dat het lichaam langer in leven blijft. Het blijkt echter dat veel van die winst zit in een toename van het aantal jaren dat mensen aan het einde van hun leven te maken hebben met chronische ziekten en gebreken die een normaal functioneren belemmeren. Als levensverwachting uitgedrukt wordt in gezonde levensjaren neemt deze nauwelijks meer toe. Tussen 1983 en 1994 is het aantal jaren dat mannen in ongezondheid doorbrengen stabiel gebleven, maar bij vrouwen met bijna 2 jaar gestegen (SCP 1996:28). Het lijkt alsof de gezondheidszorg diskwaliteit aan het leven toevoegt.

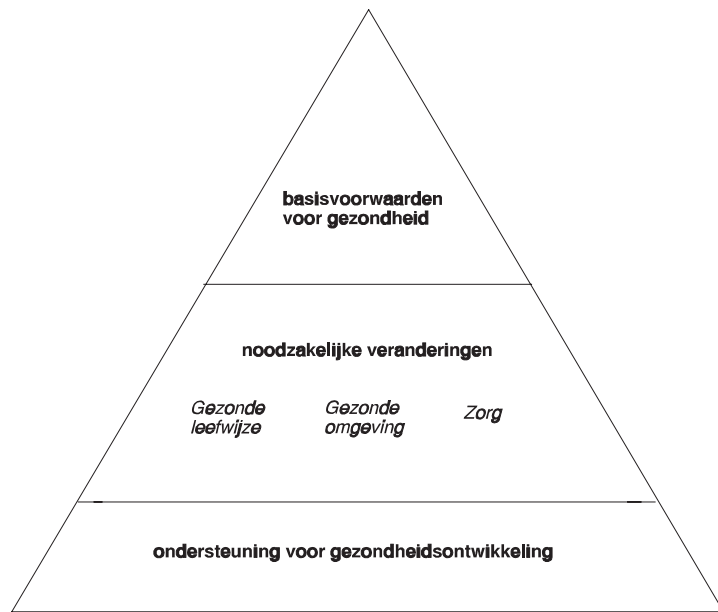
en de omgeving en de ontwikkeling van een doeltreffende gezondheidszorg.

- * Ondersteuning voor ontwikkeling van gezondheid. Bij deze groep gaat het over doelen op het gebied van onderzoek, de wetgeving, scholing en informatievoorziening.

Het resultaat moet zijn dat alle volkeren ter wereld in het jaar 2000 een dusdanig niveau van gezondheid hebben bereikt dat zij in staat zijn een sociaal en economisch produktief leven te leiden (WHO 1977). Hiervoor is het volgens de WHO nodig dat de aandacht verschuift van nadruk op het ontstaan van ziekte (pathogenese) naar nadruk op de oorsprong van gezondheid (salutogenese) (Antonovski 1979). Gezondheid ziet men daarbij als een bron voor zowel het individu

als voor de samenleving en gezondheid kan net als bijvoorbeeld onderwijs, gezien worden als een sociale investering. Er wordt door de WHO een aantal accentverschuivingen gepropageerd: meer nadruk op preventie naast alleen curatie; meer aandacht voor basisgezondheidszorg en minder op medisch hooggespecialiseerde zorg; meer ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van het individu voor de eigen gezondheid en een uitdrukkelijke aandacht voor sociale en fysieke factoren die invloed hebben op de gezondheid (Ketting en De Leeuw 1989:74). Het programma legt daarnaast nadruk op sociale rechtvaardigheid¹⁰ en op wat genoemd wordt een fundamenteel mensenrecht op gezondheid. Een verschil met eerdere nota's van de Wereldgezondheidsorganisatie is dat Health for All concrete doelen aangeeft in een in tijd begrensde ruimte.

Hoewel er vragen gesteld kunnen worden bij de wetenschappelijke onderbouwing en bij



Figuur 1 De 'Health for All' doelstellingen naar niveau (WHO 1985).

¹⁰ De eerste 'target' luidt: 'By the year 2000, the actual differences in health status between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25%, by improving the level of health of disadvantaged nations and groups.' (WHO 1985)

het realiteitsgehalte van een dergelijk strategie, heeft het programma invloed gehad op het denken rond openbare gezondheidszorg. Zo heeft Nederland zich in 1986 bij het streven van de Wereldgezondheidsorganisatie aangesloten. Het beleid dat dit verwoordt is neergelegd in de Nota 2000 (Tweede Kamer 1986)¹¹. Nederland verplicht zich hiermee jaarlijks verslag te doen van de vorderingen bij het halen van de doelen uit Health for All. In de Nota 2000 wordt een accentverschuiving aangekondigd van voorzieningenbeleid en zorgbeleid naar een breder gezondheidsbeleid. Dat nieuwe gezondheidsbeleid richt zich op de factoren die van invloed zijn op gezondheid. Dit zijn de zogenaamde gezondheids-determinanten. In de Nota 2000 wordt het Health Field concept van Lalonde (1974) gehanteerd. Hierin wordt onderscheid gemaakt in:

1. biologische en erfelijke factoren
2. factoren in de fysieke omgeving
3. de sociale omgeving
4. leefwijzen
5. de gezondheidszorg.

De zorg is niet langer het centrale element, maar onderdeel van een breder model van factoren die invloed uitoefenen op de gezondheid. Deze vallen deels binnen en deels buiten de gezondheidszorg en zijn de verantwoordelijkheid van de overheid, burgers en maatschappelijke organisaties.

3.4.2 Healthy Cities

In 1986 is naar aanleiding van 'Health for All' door onder andere de Wereldgezondheidsorganisatie in Ottawa een internationale conferentie over *health promotion* (gezondheidsbevordering) georganiseerd. Als afsluiting van deze conferentie is het *Ottawa Charter* aangenomen. In het Charter is geprobeerd strategische aanwijzingen te geven voor het bereiken van de doelen van Health for All. Centraal erin staat het genoemde concept gezondheidsbevordering. Het Charter geeft daarvan de volgende definitie: '*het proces waarbij individuen, groepen of gemeenschappen in staat worden gesteld meer greep te krijgen op de determinanten van hun gezondheid, om zo hun gezondheid te verbeteren*' (WHO et al. 1986). Concreet worden bij gezondheidsbevordering vijf actiegebieden onderscheiden:

1. De gezondheidszorg zou zich niet alleen moeten richten op de bestrijding van ziekten, maar ook een rol op zich moeten nemen in het bevorderen van gezondheid.
2. Mensen hebben, zo stelt het Charter, sterke banden met hun fysieke en sociale omgeving. Ze zijn niet steeds vrij in het maken van keuzes. Daarom moet een omgeving gestimuleerd worden die het maken van gezonde keuzes ondersteunt.
3. Nodig daarvoor is de ontwikkeling van individuele vaardigheden en
4. De bevordering van actie uit de gemeenschap.

¹¹ Zie De Leeuw 1989 voor een studie naar de totstandkoming en implementatie van de Nota 2000.

5. Tenslotte is een overheidsbeleid van belang dat in alle sectoren gezondheid bevordert.¹²

Om de doelen van Health for All en de strategie van het Ottawa Charter niet in de lucht te laten hangen heeft de Wereldgezondheidsorganisatie voorgesteld de vernieuwing in denken en praktijk van volksgezondheid *'in de vorm te gieten van 'natuurlijke experimenten' op stadsniveau overal in Europa'* (Kickbusch 1989:44). Dit idee is de grondslag geworden van het *Healthy Cities Project* van de Regio Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie: *'the local level testing ground'* (Kickbusch 1993:xi) voor Health for All, health promotion en new public health. Het doel is de gezondheid in de steden te verbeteren door de steden en hun bevolking te ondersteunen bij de ontwikkeling van activiteiten en processen die gezondheidsbevorderend zijn.

Het Healthy Cities Project is gestart in 1986 met een bijeenkomst van 21 Europese steden in Lissabon. Men legt een belangrijke verantwoordelijkheid voor gezondheid op het lokale niveau. De gerichtheid op het lokale niveau was een belangrijk kenmerk van het succes van de oude volksgezondheid in de vorige eeuw. De initiatieven voor verbetering van de gezondheid, zoals de aanleg van riolering, de verbetering van de volkshuisvesting en de bestrijding van de armoede, werden op lokaal niveau in de steden genomen en uitgevoerd. De stad wordt gezien als een metafoor die een structuur biedt voor de sociale en ecologische activiteiten gericht op bevordering van gezondheid. Dat zou gezondheidsbevordering aantrekkelijk en uitvoerbaar moeten maken voor de lokale politiek en het mogelijk moeten maken de bevolking op een directere manier te betrekken bij gezondheidsbevordering. Ook ontwikkelingen als de toenemende urbanisatie op mondiaal niveau, de doorgaans slechte gezondheidstoestand in de steden, het voorop lopen van de steden in nieuwe ontwikkelingen (bijvoorbeeld het uiteenvallen van traditionele sociale verbanden), de concentratie van armoede en werkloosheid en de diversiteit van etnische minderheden in de steden met hun specifieke gezondheidsproblemen, zijn redenen om juist de steden als aangrijpingspunt voor Health for All en de strategie van het Ottawa Charter te kiezen (Ketting en De Leeuw 1989).

Onder een Healthy City wordt niet verstaan een stad met een goede gezondheidstoestand. Het begrip is niet als een resultaat, maar als een proces gedefinieerd: *'a healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources which enable people to mutually support each other in performing all functions of life and in developing to their maximum potential.'* (Hancock en Duhl 1988a:24)

Het Healthy Cities Project probeert naar eigen zeggen de kern van het succes van de volksgezondheid in de negentiende eeuw weer tot leven te wekken: samenwerking tussen verschillende disciplines, appelleren aan een politieke wil, investeren in gehele systemen (zoals toen de aanleg van riolering), voortbouwen op de heroriëntering van waarden in de samenleving gekoppeld aan nieuwe benaderingen (zoals sociale innovatie, sociale investering,

¹² Zie Ten Dam en De Leeuw 1993 voor een bespreking van deze actiepunten in het licht van onderzoek naar Gezonde Steden (Research for Healthy Cities).

een netwerk- en een ecologische benadering) en de opzet van een nieuwe infrastructuur voor gezondheidsactiviteiten op stadsniveau (Kickbusch 1989:45). Van Lieburg formuleert dit als volgt: *'Kijkend naar het Gezonde Stadbeleid van Rotterdam anno 1993, valt op dat er weinig nieuws onder de zon is; wel is er sprake van een eigentijds gewaad. Zo vind ik terug: het denken in doelgroepen, de groeiende aandacht voor preventie (nu vastgelegd in een wet) en voor het leefmilieu, de decentralisatie, de sterftecijfer-analyses, het wijkgerichte werken, voorlichting in de eigen taal, de rol van het particulier initiatief, het erbij betrekken van de lokale politiek. Veel van wat men nu voorstaat houdt een herstel in van het netwerk van sociale en sociaal medische zorg dat vóór 1950 door de verzuilde structuren werd gedragen, vervolgens in het 'institutionele en bureaucratische' netwerk van centrale instanties is ondergegaan en nu in geseclariseerde vorm weerkeert.'* (Van Lieburg 1993:11)

De keuze voor de stad als kader voor nieuw gezondheidsbeleid is tegelijk inhoudelijk — teruggrijpen op de prestaties van de steden in de vorige eeuw — als praktisch: een werkbaar kader voor tamelijk abstracte doelen en strategieën (Hancock and Duhl 1985; Ashton et al. 1986). Het Healthy Cities Project is een poging om nieuwe inzichten in gezondheid die de afgelopen jaren zijn gevormd op lokaal niveau in praktijk te brengen (Cosijn 1992:1). Juist op lokaal niveau is aan de verantwoordelijkheid voor gezondheid van overheid, burgers en maatschappelijke organisaties het beste vorm te geven (Van Londen 1989:107).



Figuur 2 De internationale projectsteden in de eerste fase van het Healthy Cities Project (Bron: Cosijn 1992:30).

Het project heeft in Europa maar ook mondiaal een sterk appel gedaan op allerlei beroeps-
groepen die zich op en rond het terrein van gezondheid bewegen: beroepskrachten bij
gezondheids- en andere gemeentelijke diensten, artsen, wetenschappers, welzijnswerkers,
lokale politici en bestuurders. Van 21 Europese projectsteden in 1986 is het project in 1993
uitgegroeid tot 600 deelnemende steden verspreid over alle continenten. Zo zijn er buiten
Europa project steden in bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Canada, in Midden-Amerika
en Bolivia, in Noord-Afrika (Tunesië, Marokko, Algerije, Mauretanië en Libië), in Jemen,
Japan, Australië en Nieuw Zeeland (Cosijn 1992:32). Overigens zijn er alleen in Europa
officieel door de Wereldgezondheidsorganisatie geselecteerde en toegelaten projectsteden.¹³
In januari 1992 waren dat er 35 (Cosijn 1992:29; zie Figuur 2).¹⁴ In Nederland zijn op dit
moment (1995) Eindhoven en Rotterdam officiële projectsteden. In veel steden wordt op

¹³ Het Healthy Cities Project is immers een project van de Regional Office Europe van de WHO.

¹⁴ De officiële bij de Wereldgezondheidsorganisatie aangesloten projectsteden verplichten zich een aantal taken
uit de voeren. Dat zijn: het samenstellen van een bestuurlijke intersectorale Gezonde Stad werkgroep (liefst op het
niveau van het centrale stadsbestuur), het samenstellen van een ambtelijke werkgroep die als projectbureau kan
functioneren, het opstellen van gezondheidsprofielen (die liefst tot op buurtniveau inzicht geven in de gezond-
heidssituatie), het leggen van contacten met het onderwijs (belangrijk als educatieve ondersteuning voor het project),
het maken van een inventarisatie van al bestaande gezondheidsinitiatieven, het entameren van een brede maatschappe-
lijke discussie over gezondheid (om het publiek actiever bij gezondheid te betrekken) en tenslotte het uitvoeren
van gezondheidsbevorderende activiteiten (Cosijn 1992:42-43).

de een of de andere manier geprobeerd initiatieven te ontwikkelen die aansluiten bij de principes van het Healthy Cities Project, zij het niet steeds onder die naam (zie het vijfde hoofdstuk). In tientallen landen bestaan inmiddels netwerken van steden die in het kader van Healthy Cities samenwerken. De eerste fase van het project was vastgesteld voor vijf jaar en liep van 1988 tot en met 1992. Jaarlijks werd een jaarthema gehanteerd dat aansloot bij de doelen van Health for All. Dat waren respectievelijk: ongelijkheid in gezondheid, actie uit de bevolking, een ondersteunende omgeving, heroriëntatie van de zorgvoorzieningen en gezond beleid. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft besloten het project voor de tweede vijf jaar te continueren.

3.4.3 Het Nederlandse beleidskader

In Nederland zijn enkele ontwikkelingen te noemen die een versterkende invloed hebben gehad op de ontwikkeling van het Gezonde Steden project in Nederland. Dat is op de eerste plaats het debat rond de Nota 2000 (Tweede Kamer 1986) en de vaststelling daarvan. De daarin gepropageerde uitgangspunten voor gezondheidsbeleid lopen parallel met het Healthy Cities Project: een determinantenmodel waarin gezondheid door meer wordt beïnvloed dan alleen door de zorg, een streven naar preventie en facetbeleid (intersectoraal beleid), een grotere betrokkenheid van de politiek en van de bevolking en een empirische onderbouwing (Van Londen 1988:45). In het vervolg op de Nota 2000, het Ontwerp Kerndocument (Ministerie van WVC 1989), werd die lijn voortgezet. Ook het rapport van de commissie Dekker en het standpunt van de regering daarover in 'Verandering Verzekerd' (Tweede Kamer 1988) legt nadruk op het belang van het lokale of regionale niveau. Het Ontwerp Kerndocument is het adjectief 'ontwerp' nooit kwijtgeraakt. In plaats daarvan is in 1990 de nota 'Werken aan Zorgvernieuwing' uitgebracht. Daarin ligt echter meer dan voorheen een traditionele nadruk op de zorgsector (Cosijn 1992:52).

Het beleid 'Sociale Vernieuwing' uit ongeveer diezelfde tijd (1989) hanteert principes die in veel opzichten lijken op die van het Healthy Cities Project: burgers directer betrekken bij het bestuur, een integrale aanpak van problemen, geen 'confectie-beleid' maar maatwerk, het lokale als de meest geschikt schaal voor beleid. De Sociale Vernieuwing was bedoeld om het vermogen van lokale netwerken te vergroten om achterstanden weg te werken. Ook de 'voorganger' van de Sociale Vernieuwing, het Beleid Probleem Cumulatie Gebieden, heeft zulke doelstellingen: een wijkgerichte aanpak, betrokkenheid van bewoners, intersectoraal beleid op maat, innovatie en integratie (Ten Dam en Van Wijnen 1991 en Withagen en Jonkers 1993: 17 ev.).

In 1990 is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, Tweede Kamer 1990) aangenomen. Hierin wordt aan de gemeenten een verantwoordelijkheid gegeven voor beleid op het gebied van gezondheid. De gemeenten hebben taken op het gebied van collectieve preventie, zijnde *'het geheel van functies die direct of indirect de bewaking of bevordering van de volksgezondheid betreffen door de aanpak van collectief geldende vraagstukken,*

waarbij de determinanten van gezondheid, dat wil zeggen factoren als omgevingsinvloeden, leefstijlen en het gedrag van individuen, biologische aanleg van personen, de gezondheidszorg zelf, uitgangspunten zijn.’ (Memorie van Toelichting WCPV) Volgens artikel 2 lid 2 van de Wet moeten de gemeenten inzicht in de gezondheidssituatie van bevolking verwerven middels het opstellen van gezondheidsprofielen, facetbeleid voeren door gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen te bewaken, de hygiëne bevorderen en bijdragen aan preventieve programma’s (waaronder gezondheidsvoorlichting- en opvoeding). Er liggen parallellen met het Healthy Cities Project: het gebruik van het determinantenmodel, gegevens als basis, een intersectorale aanpak en nadruk op lokaal beleid. Een belangrijke rol in de uitvoering van de Wet spelen de gemeentelijke gezondheidsdiensten. De taken van deze diensten kunnen (naar Meijer 1991: 124-125) als volgt geschetst worden: *onderzoekstaken* (naar de gezondheidstoestand en de effecten van beleid), *preventiebevorderende uitvoeringstaken* (gezondheidsbeschermende taken zoals screening, vaccinatie en controle op de openbare hygiëne), *preventiebevorderende voorlichtingstaken* (uitvoering van voorlichtingsactiviteiten), *adviestaken* (advisering over het treffen van gezondheidsbevorderende maatregelen), *’dwangtaken’* (in relatie met de handhaving openbare orde, veiligheid en gezondheid door de overheid; rampen- en infectieziektenbestrijding en ambulancevervoer) en tenslotte de *’vangnetfunctie’* (voorzieningen en activiteiten voor groepen die buiten de reguliere zorg blijven: randgroepjongeren, drugsgebruikers, zwervers, illegale buitenlanders).

3.5 Conclusie

Het geheel overziend blijkt het ‘oude’ volksgezondheidsbeleid enkele typerende kenmerken te hebben. Op de eerste plaats werd gezondheid in samenhang met het menselijk leefmilieu gezien. Gebrek aan licht en lucht, opeenhopingen van vocht en vuil werden gezien als gezondheidsbedreigende omstandigheden. Ook al bleek achteraf dat de grond voor deze aannames een onjuiste theorie was (die van de miasma’s), toch waren de voorgestelde maatregelen van grote invloed op de verbetering van de gezondheid in de loop van de negentiende eeuw. Op de tweede plaats speelde het beschrijven van de feitelijke toestand van gezondheid en omgevingsfactoren een grote rol in de fundering van de voorgestelde maatregelen. Steeds maar weer werd aangetoond hoe de omstandigheden invloed hadden op de gezondheid en dat door het uitblijven van maatregelen in de ene gemeente de gezondheid verslechterde ten opzichte van plaatsen waar wél een actief gezondheidsbeleid gevoerd werd. Op de derde plaats streefde men naar samenwerking. Immers als factoren uit de leefomgeving van invloed zijn op gezondheid dan is het zaak ook de daarbij betrokken beroepsgroepen in te schakelen. Men had daarbij in het bijzonder oog voor de mogelijkheden van toepassing van nieuwe technologieën. Ten vierde was de aanpak vooral lokaal gericht. De bejveraars van verbetering van de gezondheid en vooral van de bestrijding van de grote epidemieën probeerden op een kleine schaal verbanden te vinden tussen gezondheid en leefmilieu. De maatregelen die zij voorstelden waren dat ook. Meestal was het schaalniveau

de stad. Maar soms zelfs spitsten zij het toe op afzonderlijke buurten in een stad. Dit hing, ten vijfde, samen met het laatste kenmerk, hun streven het lokale bestuur te interesseren voor in eerste instantie bescheiden maatregelen op het gebied van de volksgezondheid. Vooral de hygiënisten poogden een binding met de lokale politiek aan te gaan.¹⁵

Vergeleken bij het huidige gezondheidsbeleid, werd er niet naar gestreefd de mensen om wie het allemaal ging, de grote massa van het gewone volk, bij het hygiënische beleid te betrekken. Zij zijn object van allerlei onderzoek, van maatregelen en beleid, maar geen subject van de eigen gezondheid. In het onderzoek naar gezondheid in de stad *'werden stadsbewoners voorgesteld als niet meer dan passieve knooppunten van de invloeden die van de ecologische gesteldheid van de stad uitgingen.'* (Houwaart 1989:80) Gezien de tijd waarin dit speelt is dit niet vreemd. De gewone man of vrouw had immers niet eens stemrecht. Laat staan dat het belangrijk gevonden werd hoe hij of zij dacht over gezondheid of verbetering van de hygiëne. Men was object van hygiënische raadgevingen, en niet betrokken bij de vormgeving en de inhoud van die richtlijnen.

Samenvattend stelt Kickbusch (1989) dat het belangrijk is om op te merken dat veel pioniers in de volksgezondheid tevens maatschappelijke pioniers en maatschappijhervormers waren. Het waren pioniers rond het inzicht in werk, huisvesting en hygiëne, en tevens mensen uit een groot aantal disciplines en van verschillende politieke richtingen. Een groot deel van deze innovatie werd op stadsniveau uitgevoerd. Het was een onderneming met nauwe banden met de sociale kwesties van die tijd: de armenzorg, de verbetering van de arbeiderswoningen en het beleid gericht op het leefmilieu. Kickbusch meent dat de nieuwe volksgezondheid de banden met de politiek en de sociale hervorming weer op moet pakken. Volksgezondheid in onze tijd kan niet enkel steunen op ontwikkelingen in de geneeskunde en de epidemiologie, maar zou gekoppeld moeten worden aan sociale planning en sociale veranderingen.

Ook Ashton laat zich in dergelijke bewoordingen uit als hij over het succes van gezondheidsbevordering in de negentiende eeuw zegt — hij volgt daarin McKeown (1976) — dat de medische wetenschap bij lange na niet de enige instantie was die verantwoordelijk was voor de bevordering van de gezondheid. *'De totale bijdrage van de medische en chirurgische technieken aan de afname van de sterftecijfers is zelfs gering, vergeleken met de effecten van omgevingsgerichte politieke, economische en sociale maatregelen'* (Ashton 1987:8). De afname van de grote infectieziekten als TBC, longontsteking en cholera vond plaats vóór er behandelingsmogelijkheden ontwikkeld werden. De oorzaken waren de afnemende armoede, een betere voeding en hygiënischer leefomstandigheden. Grote invloed hadden de beperking van de gezinsgrootte, de toename van de kwaliteit en de kwantiteit van het voedsel, een gezondere leef- en woonomgeving en specifieke preventieve en geneeskundige zorg.

In de loop van de twintigste eeuw is de aanpak van hygiënisten verdrongen door een aanpak van gezondheid die als medisch-technologisch gekenschetst kan worden. De benade-

¹⁵ Overigens was dat niet alleen een vrije keuze. Een doeltreffende verbinding met de landelijke (liberale) politiek is steeds moeizaam gebleven. Anders dan in Frankrijk en Pruisen hadden de Lage Landen in de eerste helft van de negentiende eeuw geen absolutistisch bestuur dat effectief maatregelen kon doorvoeren, maar eerder een gebrekkig centraal gezag (Houwaart 1991b).

ring verschoof van een omgevingsgerichte naar een benadering gericht op individuele behandeling van ziekte of gebrek. In de plaats van een nadruk op samenwerking met andere beroepsgroepen kwam een sterk streven naar medische specialisatie. In het onderzoek verschoof de belangstelling van de samenhang tussen gezondheid en leefmilieu naar onderzoek van ziektegeschiedenissen en behandeltechnieken. Deze medische benadering is zeer succesvol gebleken. Maar er hebben zich de laatste decennia veranderingen voorgedaan rond gezondheid en zorg die van invloed zijn op de mogelijkheden en grenzen van deze medische aanpak. De toename van gezondheidsverschillen, verschuivingen rond het begrip gezondheid, verschuivingen in ziektepatronen, de toenemende kosten van de gezondheidszorg en de veranderende positie van de arts en de gezondheidszorg zijn als verklaringen de revue gepasseerd. Er is nu een tendens merkbaar om minder aandacht aan de medische technologie te besteden en elementen uit het programma van de hygiënist weer op te pakken. De Wereldgezondheidsorganisatie loopt hierin voorop door programma's als Health for all by the year 2000, het Ottawa Charter en vooral door het initiatief van het Healthy Cities Project.

In de verschillende beschrijvingen van het Healthy Cities Project is er een nadrukkelijke constante: de roep om participatie van de betrokken bevolking. Deze doelstelling lijkt een centrale rol te spelen (Ten Dam en Rijkschroeff 1991; Davies en Kelly 1993:10). Dit is zeker zo wanneer de vergelijking gemaakt wordt met de 'oude volksgezondheid' in de tweede helft van de negentiende eeuw. De typering van toen gelden ook voor het 'nieuwe' volksgezondheidsbeleid: het zicht op de samenhang tussen gezondheid en leefmilieu en het daarmee verbonden accent op interdisciplinaire samenwerking, het belang van empirische gegevens (toen 'sterfte-atlassen', nu 'community diagnoses'), de nadruk op een lokale aanpak en de pogingen het politieke bestuur aan het streven te binden. Maar het streven naar 'community participation' is bij gezondheidsbeleid een element dat nieuw is voor deze tijd, het laatste kwart van de twintigste eeuw. In het 'oude' volksgezondheidsbeleid waren de mensen om wie het ging, de grote massa van het gewone volk, *object* van onderzoek, maatregelen en beleid, maar waren geen beoogd subject van de eigen gezondheid.¹⁶ Houwaart schrijft over het nieuwe beleid: *'In de lezingen en de nota's van deze woordvoerders verschijnt de stad opnieuw als een organisme met bepaalde fysieke en sociale kenmerken, dat nu echter democratisch functioneert en zelf de geneeskundige adviezen wikt en weegt.'* (Houwaart 1989:82) Verderop zal overigens duidelijk worden dat bevolkingsparticipatie een zinvol, maar een bijzonder moeilijk te realiseren doelstelling is. Het zal de vraag zijn of bevolkingsparticipatie daadwerkelijk in de praktijk van lokale gezondheidsprojecten terug te vinden is, of dat participatie blijft steken bij lezingen en nota's, en daarmee slechts op ideologisch vlak verschilt van het programma van de hygiënist uit de vorige eeuw.

¹⁶ Overigens lijken de Civic Societies in de Verenigde Staten rond de eeuwwisseling hierop een uitzondering (zie noot 4).

4 Denken over gezondheid en lokaal gezondheidsbeleid

4.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is duidelijk geworden dat gezondheidsverschillen tussen — simpel gezegd — hoge en lage inkomensgroepen zeker niet tot het verleden behoren. Ook in een welvarend land als Nederland betekent weinig opleiding, een laag geclassificeerd beroep en een gering inkomen tevens een gemiddeld mindere gezondheid. De verzorgingsstaat heeft deze verschillen niet uit kunnen bannen. Parallel aan de naoorlogse ontwikkeling van de verzorgingsstaat lijken gezondheidsverschillen zelfs weer toe te nemen.

Voor lokaal gezondheidsbeleid vormen deze gezondheidsverschillen een belangrijk aangrijpingspunt. Deze 'nieuwe' volksgezondheid — vaak verschijnend als *healthy cities* of *gezonde stedenbeleid* — put inspiratie uit de praktijk van de hygiënisten uit de vorige eeuw en vertaalt dit naar de huidige omstandigheden. Intersectoraal werken, gegevens als basis en binding met het politieke bestuur zijn daarbij uitgangspunten die de hygiënisten ook al nastreefden. Nieuw in de aanpak van de laatste decennia is de nadruk op het betrekken van de doelgroep bij het beleid.

Tot nu toe werd dit beleid besproken aan de hand van uitgangspunten, doctrines en doelstellingen. In de hoofdstukken 5 en 6 wordt een poging gewaagd de *feitelijke praktijk* van lokaal gezondheidsbeleid in de Verenigde Staten, Canada en Nederland (met onder andere het recente gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland) aan een analyse te onderwerpen. Om dit te kunnen doen zijn theoretische concepten nodig die als analysekader kunnen dienen. Deze concepten komen in dit vierde hoofdstuk aan de orde. In par. 4.2 komt de huidige stand van zaken in aanzetten tot theorievorming rond lokaal gezondheidsbeleid aan de orde. In paragraaf 4.3 worden enkele algemene sociaal wetenschappelijke concepten toegelicht en in paragraaf 4.4 wordt een tweetal toegepaste beleidstheorieën behandeld.

4.2 Stand van zaken

Er bestaat — recenter dan het werk van de hygiënisten — nog nauwelijks een onderzoekstraditie in sociaal wetenschappelijke onderzoek naar een gezondheidsaanpak op lokaal niveau. Wel zijn er in Nederland recentelijk case studies voorhanden gekomen.¹ Daarnaast worden in de publikatie *Gezonde steden en onderzoek* methoden en toepassingen van gezondheidsonder-

¹ Zie hiervoor onder andere Blankendaal en Sibeijn 1993, Anken en Paape 1993, Van Gilst et al. 1993, Fortuin 1993, De Ceuninck van Capelle et al. 1994, De Jong 1994a, Nijhuis 1994 en Roering et al. 1994.

zoek in het kader van Gezonde Steden projecten beschreven (Ten Dam en De Leeuw 1993). De afgelopen jaren is tijdens een aantal internationale conferenties (Den Haag 1989, Glasgow 1991, Tokyo 1992, Maastricht 1992 en Liverpool 1994) de rol van (wijk)onderzoek in het kader van lokale gezondheidsbevordering onder de loep genomen.

Op de conferentie *Research for Healthy Cities* in Maastricht 1992 is met name gesproken over de formulering van een *research agenda* voor dergelijk onderzoek (De Leeuw et al. z.j.). Er blijken allerlei goede voorbeelden van lokaal gezondheidsonderzoek te zijn, maar er is nog geen sprake van een samenhangende onderzoeksagenda. De internationale discussie gaat onder andere over onderwerpen als de verhouding tussen (academische) onderzoekers en buurtbewoners die eventueel een rol krijgen of nemen in het onderzoek (Hunt 1991), over participatie en macht in het onderzoeksproces (Whitehead 1993, Hunt 1993) en over de gerichtheid op wetenschappelijke kennis versus een gerichtheid op gezondheidsbevordering. Maar ook over het meest zinnige schaalniveau voor onderzoek (wijk, stad, nationale of internationale netwerken), over de sturende rol die het *Ottawa Charter* en de uitgangspunten van het Healthy Cities Project voor onderzoek zouden kunnen hebben (Ten Dam 1993) en de verhouding tussen onderzoek en beleid (De Leeuw 1993).

Ook theorievorming rond de ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid heeft nog geen wetenschappelijke traditie opgebouwd. Kelly et al. (1993) plaatsen — naar aanleiding van de resultaten van de research conference Glasgow 1991 — het Healthy Cities Project in het debat over het zogenaamde post-modernisme. Dit debat is echter weinig concreet en roept meer vragen op dan het antwoorden biedt. Daarnaast zijn er weinig empirische referenties. Sommige elementen hieruit echter, zoals de rol van 'gewone' mensen en het belang van een interdisciplinaire aanpak, komen ook elders aan de orde (Ten Dam 1993).

Nijhuis (1994) brengt in zijn studie over vernieuwing van public health wel een relatie aan tussen theoretische concepten en de concrete praktijk van lokaal gezondheidsbeleid. Hij gebruikt de theorieën van wetenschapskritici als Popper, Kuhn en Feyerabend om het klassieke natuurwetenschappelijke waarheidsideaal te kritiseren. Gezondheidsbeleid dat gestoeld is op een medische epidemiologie heeft slechts oog voor natuurwetenschappelijke 'objectieve' aspecten van gezondheid. De subjectieve en normatieve aspecten die evenzeer deel uitmaken van de 'waarheid' vallen daarmee buiten beeld. Public health moet zich niet enkel baseren op het medisch kenbare (disease), maar ook op de subjectieve belevingsaspecten van ziekte en gezondheid (illness) en op de normatieve sociale en politieke aspecten (sickness). Als een objectiverende instelling verlaten wordt, ontstaat er ruimte voor vernieuwing. Nijhuis pleit aan de hand van Habermas voor een '*communicatieve instelling, gericht op het onderdeelname van betrokken aanbieders, cliënten, politiek en andere betrokkenen in de openbaarheid tot stand brengen van gedeeld begrip over problematiek en te ondernemen actie*'². Hij stelt dat het combineren op basis van gelijkwaardigheid van een wetenschappelijke en technisch-deskundige instelling met een instelling gericht op de normatief-inhoudelijke en persoonlijke aspecten de ware kunst van het public health werk vormt (Nijhuis 1994:230).

² Vergelijk Kelly et al. 1993.

De Healthy Cities beweging beschouwt hij als de meest vooruitstrevende poging hiertoe, zij het dat er in praktijk nog weinig van deze principes terug is te vinden. Nijhuis analyseert aan de hand van deze uitgangspunten twee lokale gezondheidsprojecten in Den Haag: de projecten Scheveningen en Centrum. Maar ook bij deze projecten geldt dat met name de doelstellingen en verwachtingen geanalyseerd worden, omdat de te ontwikkelen praktijk nog te weinig vorm heeft gekregen om er conclusies aan te kunnen verbinden.

Er worden dus weinig verbanden gelegd tussen de praktijk van lokale gezondheidsprojecten in de steden en (sociaal-)wetenschappelijke theorievorming, waardoor veel begrippen en doelstellingen die in de praktijk van lokaal gezondheidsbeleid gebruikt worden niet voldoende doordacht en geproblematiseerd zijn. Dit hoofdstuk poogt hieraan in enige mate tegemoet te komen. Het vervolg van dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. In het eerste deel (par. 4.3) worden enkele algemene sociaal wetenschappelijke concepten besproken die kunnen bijdragen aan een theoretische plaatsbepaling van lokaal gezondheidsbeleid en zicht kunnen geven op eventuele onbedoelde effecten. Aan de orde komen de begrippen *medicalisering*, *disciplineren*, *professionalisering*, *civilisering*, *gezondheidskapitaal*, *leefwereld* en *culturen van gezondheid*. In het tweede deel (par. 4.4) komt een tweetal beleidstheorieën aan de orde. Het gaat hier om de praktijktheorie van *Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding* en om de uitgangspunten van het *Healthy Cities Project*. Bij dit laatste wordt aandacht besteed aan het participatiebegrip en aan het wijkconcept.

4.3 Sociaal-wetenschappelijke concepten

4.3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geschetst hoe de benadering van de 'oude' volksgezondheid weer opgeld doet. Kenmerkend is opnieuw een brede benadering van gezondheid. Startpunt is niet bestrijding van ziekte in enge zin, maar preventie en bevordering van gezondheid zelf. Dit betekent dat gezondheidbeleid een veel breder terrein gaat bestrijken dan enkel het terrein van de gezondheidszorg. Maatschappelijke gebieden als huisvesting, arbeid, onderwijs, openbaar vervoer of veiligheid worden 'object' van gezondheidsbeleid. In paragraaf 4.3.2 zullen de concepten *medicalisering*, *professionalisering*, *civilisering* en *disciplineren* besproken worden.

Het zal echter blijken dat deze concepten op de eerste plaats te weinig recht doen aan de mogelijkheid voor individuen of groepen om medicalisering en disciplineren in eigen richting om te buigen. De theorie over communicatie van Habermas (par. 4.3.3) vult dit gemis aan en laat zien hoe disciplineren en verzet twee aspecten van hetzelfde proces zijn. Op de tweede plaats zijn dergelijke concepten te eenzijdig. Aan de hand van het werk van Bourdieu is te zien dat gezondheid ook positief als 'kapitaal' ingezet kan worden (par. 4.3.4).

En tenslotte zijn de genoemde concepten te weinig specifiek om te laten zien hoe de mechanismen van medicalisering en disciplineren voor verschillende maatschappelijke groepen steeds verschillend uitpakken. Met hulp van het concept *culturen van gezondheid* zal in paragraaf 4.3.5 gepoogd worden in deze lacune te voorzien.

4.3.2 De macht van gezondheid

Medicalisering

Parsons (1951) wees vroegtijdig op een verschijnsel dat later *medicalisering*³ zou gaan heten: afwijkend gedrag wordt in de loop van de geschiedenis steeds minder gezien als zondig of misdadig en steeds meer als ziek of gestoord. De reactie op dit gedrag verandert navenant: niet boetedoening of bestraffing is geëigend, maar behandeling. Behandeling is effectiever dan boetedoening of bestraffing. Dat komt vooral door het nauw op elkaar aansluiten van de rol die een zieke moet vervullen (de ziekenrol)⁴ en de rol die de arts of therapeut uitoefent (de therapeutenrol)⁵. De ziekenrol heeft de functie de zieke te beschermen en te isoleren van lotgenoten. De therapeutenrol heeft daarentegen de functie de zieke te helpen, te controleren en opnieuw in de samenleving te integreren (Parsons 1951). Voorkomen moet immers worden dat iedereen maar ongebreideld 'ziek' wordt. '*Aan deze combinatie van isolatie en (hernieuwde) integratie danken medische, psychiatrische en psychotherapeutische activiteiten en interventies hun bijzondere effectiviteit met betrekking tot de sociale controle van afwijkend gedrag.*' (Keulartz 1987:29)

Crawford (1980) breidt de klassieke *ziekenrol* van Parsons uit met de *potentiële ziekenrol*. Deze rol beperkt zich niet tot manifest ziek-zijn, maar bestrijkt alle gedragingen die in beginsel als ongezond kunnen worden beschouwd. Er komt een grote nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid, maar als hierbij ongezondheid geproduceerd wordt door externe factoren waarop het individu geen vat heeft (milieu, werkomstandigheden, woonomgeving, armoede), kan dat leiden tot *blaming the victim*.

Het succes van het op elkaar aansluiten van zieken- en therapeutenrol wordt door Freidson (1970) geanalyseerd met het begrip *lekenverwijssysteem*. Iemands familie, burens, vrienden of collega's hebben een meer of minder duidelijk oordeel over wat er met iemand aan de hand is en wat de juiste behandelwijze daarvoor is. De kans dat iemand met problemen naar de reguliere geneeskunde wordt verwezen hangt af van de afstand tussen de cultuur van de

³ Zola introduceerde in 1972 het woord *medicalisering* als: '"geneeskunde" en de etiketten "gezond" en "ziek" relevant maken voor een alsmaar groter gedeelte van het menselijk bestaan.' (Zola 1972:487)

⁴ Aspecten ervan zijn vrijstelling van normale taken, de notie dat de zieke niet schuldig is aan zijn ziekte en dat hij de wens heeft weer beter te worden door onder andere hulp bij deskundigen te zoeken. Het zijn respectievelijk twee vrijstellingen en twee plichten.

⁵ Aspecten van de therapeutenrol zijn het tonen van de wil tot helpen en van de wil ruimte aan de patiënt te geven om uiting te geven aan zijn frustratie. Daarnaast dient de hulpverlener zich niet door deze frustratie te laten sturen maar afstand te houden en dient de hulpverlener de patiënt te sturen door het belonen van zijn medewerking aan de genezing. De eerste twee elementen zijn ondersteunend, de laatste twee disciplinerend.

betreffende sociale groep en de cultuur van de geneeskunde. Hoe groter die afstand hoe minder kans op verwijzing. Bovendien hangt de kracht van de verwijzing af van de cohesie van de groep: hoe groter de cohesie in de groep, hoe groter de neiging zal zijn om het oordeel van de groep te volgen. Freidson stelt dat mensen met een groepscultuur die afwijkt van de reguliere medische cultuur meestal niet op eigen initiatief bij de gezondheidszorg terecht zullen komen, maar via een min of meer verplichtende verwijzing via instellingen als school en politie. Mensen met een aansluitende cultuur zullen doorgaans vrijwillig via de huisarts in het zorgcircuit terecht komen en zich zodoende makkelijk in de ziekenrol voegen.

Ook Freidson gebruikt het begrip *medicalisering* om aan te geven dat steeds meer facetten van het menselijk bestaan onder invloed komen van de begrippen ziek en gezond. Medici richten zich niet enkel meer op het bestrijden van ziekte, maar richten zich ook op de bevordering van gezondheid en op voorlichting en preventie. Gezondheid is niet langer meer de afwezigheid van ziekte, maar *'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn'* (definitie van gezondheid van de WHO). Steeds meer levensproblemen worden onderwerp van medische interventies. Zola geeft de tendens beeldend aan met een aantal (inmiddels gedateerde) voorbeelden uit de jaren zeventig: *'Een blik in de New York Times van een recent jaar onthult medische en psychiatrische commentaren op zulke verschillende verschijnselen als hippies, rassenrellen, Black Power, jeugdige delinquenten, het gebruik van heroïne, marihuana en LSD, gesjeesde studenten, huwelijken tussen mensen van verschillende ras of religie, kinderen zonder eerbied voor hun ouders, mensen van de burgerrechtenbeweging, scheidingen, protesterenden tegen de oorlog, niet-stemmers, dienstweigeraars en Dolle Mina's.'* (Zola 1973:65, in Keulartz 1987:48) Sociale en politieke kwesties worden niet zelden getransformeerd tot medische problemen. Dit betekent dat de medische stand een zelfstandige maatschappelijke macht is geworden, een instituut van sociale controle, vergelijkbaar met kerken of justitie (Zola 1973).

De analyse van Illich tendert ook in deze richting. Hij gebruikt het begrip *iatrogenese* en onderscheidt daarin drie vormen: klinische, sociale en structurele iatrogenese. Met *klinische* iatrogenese worden ziekten bedoeld die niet zouden zijn opgetreden als verantwoorde en beroepsmatig aanbevolen behandeling achterwege was gebleven. Het gaat om medische fouten, nutteloze behandelingen, letsel door artsen veroorzaakt en overschatting van de mogelijkheden van de medische wetenschap. Maar de analyse van Illich gaat een stap verder in zijn uitleg van *sociale* iatrogenese: *'De snel toenemende aantallen medische instanties werken gezondheid-ontkennend, niet uitsluitend en alleen vanwege de specifieke functionele of organische letsels die artsen kunnen veroorzaken, maar juist vanwege de afhankelijkheid die zij teweegbrengen. En deze afhankelijkheid van professionele tussenkomst heeft de neiging de niet-medische, gezondheidsbevorderende en genezende aspecten van de sociale en natuurlijke omgeving te doen afnemen, en daarmee de lichamelijke en geestelijke strijdvaardigheid van gewone mensen te verminderen.'* (Illich 1975:45) *Structurele* iatrogenese tenslotte is het verdwijnen van de acceptatie van ziekte, verval en dood. Het medisch bedrijf schept door een illusoir gezondheidsideaal een niet eindigende vraag naar eindige middelen. Ook de zorg voor gezonde mensen staat nu onder medisch toezicht en dat is een voorbeeld van de medicalisering van het leven. De mensen zijn patiënt geworden zonder ziek te zijn. Een

eenvoudige en duidelijke maatstaf voor de medicalisering van het leven is het toenemende aandeel van de nationale begrotingen dat onder beheer van artsen besteed wordt.

De Swaan (1982) komt, na een verhandeling over de verschillende stadia waarin zieken of vooronderstelde zieken onder medisch toezicht staan, variërend van intensive care tot behorend tot de een of de andere risicogroep, tot de conclusie dat in een ontwikkeld land als Nederland iedereen onder een vorm van medisch regime valt. De medische bemoeienis heeft zich de laatste halve eeuw sterk uitgebreid, ook tot terreinen waar heel andere benaderingen dan de medische denkbaar zouden zijn. Als voorbeelden hiervan noemt De Swaan de hygiëne, voedingsgewoonten, lichaamsbeweging en de zorg voor de directe leefomgeving. Dit leven onder een 'licht medisch regime' noemt hij *medicalisering van het dagelijks leven*.⁶ De Swaan spreekt naast *patiënten* dan ook van *proto-patiënten*. Medicalisering moet niet alleen opgevat worden als een vorm van disciplineren, maar vooral als conflictbeheersing door arts, burger en overheid, als '*de beslechting van maatschappelijke tegenstellingen en van persoonlijke conflicten op een bijzondere wijze, door ze te herdefiniëren als medisch probleem*' (De Swaan 1982:217). Schnabel meent dat gezondheid zo de status van een maatschappelijk regelmechanisme krijgt: op grond van (gezondheids)wetenschappelijke uitspraken worden technische keuzes gemaakt, die tegelijkertijd moreel gelegitimeerd zijn (Schnabel 1994:12).

Mol en Van Lieshout (1989) kritiseren dit denken rond medicalisering als eenzijdig. Zo stellen zij onder andere dat theoretici als Freidson en Zola de patiënt weer aan het spreken willen krijgen. De patiënt moet ontworsteld worden aan de greep van de geneeskunde. Freidson en Zola miskennen echter de sterke parallel die er ligt tussen dat streven en de doelen van sommige bewegingen binnen het medisch apparaat zelf. De theorie kan dat niet zien, omdat ze zich -als sociologisch perspectief- denkt te bewegen *boven* het medisch denken. Ze vergeet de mogelijkheid dat medici 'sociologisch' denken. Dientengevolge wordt de mondige patiënt onverkort opgevat als oppositie tegen de geneeskunde, en niet als mogelijke rol binnen de geneeskunde. Dit zou kunnen betekenen dat de gezondheidszorg zelf niet persé de antagonist van lokaal gezondheidsbeleid hoeft te zijn en dat er coalities met medici mogelijk zijn.

Een ander commentaar komt van Schnabel (1988). Volgens hem is de voortdurende uitbreiding van het gebied van de gezondheidszorg in het maatschappelijk leven '*een politiek gewilde en maatschappelijk tot op grote hoogte geaccepteerde onderbrenging van problemen op het snijvlak van leefwereld en systeem (..) bij het publieke domein, dat de 'hoogste waarde' vertegenwoordigt en daarmee ook over de 'beste oplossingen' beschikt.*' (195). Die hoogste waarde is gezondheid en het erbij horende publieke domein de gezondheidszorg. De medische expertise heeft een belangrijke taak gekregen waar het gaat om de verdeling van schaarse middelen als geld, werk en huisvesting. De invloed van de gezondheidszorg op individu en samenleving neemt daardoor onvermijdelijk toe, maar tegelijkertijd wordt de gezondheidszorg

⁶ Ook de technische mogelijkheden om in een steeds vroeger stadium gezondheidsrisico's op te sporen dragen hieraan bij. De vergrijzing en de mogelijkheden om een fataal verloop van ziekten te vertragen leveren daarnaast veel meer mensen die onder een direct medisch regime staan dan dat vroeger het geval was.

vooral de laatste decennia steeds meer een publiek domein dat onder invloed staat van krachten uit de samenleving en de politiek.

Civilisering en professionalisering

Norbert Elias ontwikkelde in de jaren dertig wat hij noemde de *figuratie-analyse*. Het is een analyse van functionele samenhangen die mensen met elkaar vormen op grond van hun wederzijdse afhankelijkheden (interdependenties). Mensen worden vanwege de verdergaande arbeidsdeling steeds meer van anderen afhankelijk. De ketens van interdependenties worden steeds langer. Bij het ingewikkelder worden van de samenleving neemt innerlijke dwang langzaam de plaats in van uiterlijke (fysieke) dwang. Het wordt voor mensen steeds belangrijker zich te kunnen verstaan en te kunnen handelen met onbekenden. Daarvoor is een grote zelfbeheersing en innerlijke beschaving nodig. Deze beweging loopt van de top van de samenleving naar beneden. Deels vrijwillig door imitatie (assimileren), deels gedwongen opgelegd.⁷

Goudsblom heeft deze theorie over civilisatie van Elias verder uitgewerkt naar het terrein van gezondheid en gezondheidszorg. Hij schrijft:

'Regelmatige gezondheidszorg is binnen ieders bereik gekomen; het is nu een taak die elk individu voor zichzelf moet en kan uitvoeren. De analogie met 'de maatschappelijke dwang tot zelfdwang' zoals Elias die voor een veel bredere scala van activiteiten heeft beschreven is duidelijk. "De enkeling wordt gedwongen zijn gedrag steeds gedifferentieerder, steeds gelijkmatiger en stabielere te reguleren [...] De meer gedifferentieerde en meer stabiele gedragsregulering [wordt] aan de enkeling van kinds af aan steeds meer als een automatisme aangeleerd, als zelfdwang, waartegen hij zich niet kan verweeren."⁸ De regelmatige, vanzelfsprekende zorg voor persoonlijke hygiëne vormt een treffend voorbeeld van dit meer algemene patroon van sociaal geïnduceerde (sociogenetische) innerlijke dwang.' (Goudsblom 1986:206)

En even verder concludeert hij dat mensen in deze eeuw, met de geringe kans op vroegtijdig overlijden aan een onbeheersbare epidemie en de belofte van een lang en gezond leven, het zinnvoller vinden om het medische gezag te accepteren en hun leven in te richten volgens de voorschriften van de hygiëne. Het is een teken van de toenemende macht van de geneeskunde (Goudsblom 1986:210).

De Swaan heeft gewezen op het fenomeen *protoprofessionalisering*: mensen nemen taalgebruik, visies en oordelen over van professionals. Mensen oriënteren zich in het dagelijks leven steeds meer op de groundbegrippen en basishoudingen van de professies en nemen de

⁷ De diffusie-theorie die centraal staat in Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO, zie par. 4.4.2) is op deze assimilatie gebaseerd. Rogers 1983, een auteur waarop veel wordt teruggevalen (zie bv. Damoiseaux et al. 1987 en Van Assema 1993), stelt dat nieuwe ideeën niet door iedereen tegelijkertijd overgenomen worden. Hij onderscheidt achtereenvolgens *innovators*, *early adapters*, *early majority* en *laggards*.

⁸ Elias 1982:242.

bijbehorende gedragsstandaard over. Daarmee worden ze geen professionals, maar veel meer professionals in de dop: *proto-professionals* (Brinkgeve et al. 1979, De Swaan 1989:249). De eigen visie over bijvoorbeeld gezondheid wordt verruild voor een vooronderstelde professionele visie. Er treedt verlies van autonomie op.⁹ De keerzijde van dit proces is dat angst groeit om niet aan het medische ideaal te kunnen voldoen, met de bijbehorende schaamte- en schuldgevoelens.

Disciplineren

Foucault kiest een andere benadering om te kijken naar de macht van het medisch denken en handelen. Macht in de moderne samenleving ontwikkelt zich volgens Foucault (1984) via twee lijnen: via disciplineren van het individuele lichaam en via disciplineren van de maatschappij. Het eerste noemt Foucault de politieke anatomie van het lichaam. Het behelst het dressereren van individuen, het opvoeren van bekwaamheden, het optimaal benutten van krachten en de invoering in doelmatige en economische beheerssystemen. De disciplineren van de maatschappij noemt hij de politieke biologie van de bevolking. Het zijn de maatregelen op het gebied van vruchtbaarheid en voortplanting, huisvesting en hygiëne, morbiditeit en mortaliteit. De rol van het geweld wordt volgens Foucault in de loop van de geschiedenis overgenomen door *disciplines*.¹⁰ Dat zijn technieken die individuen aan een gedetailleerde en permanente dwang onderwerpen. Voorbeelden zijn militaire discipline, arbeidsdiscipline en schooldiscipline. De bakermat voor het ontstaan van dergelijke disciplines was de gevangenis. Middelen van disciplineren van individuen zijn het hiërarchisch toezicht (Panopticon), de normaliserende sanctie (bv. strafwerk op school) en het onderzoek (het vastleggen van mensen in vergelijkbare beschrijvingen en getallen). Op maatschappelijk gebied is de seksualiteit het belangrijkste gebied voor regulering. Omvang en kwaliteit van de bevolking worden immers voor een groot deel bepaald door seksualiteit: de leeftijd waarop mensen aan het geslachtsverkeer gaan deelnemen, het aantal kinderen, de frequentie van seksuele contacten, de aard van de seksuele relaties en het al of niet voorkomen van celibataire en contraceptieve praktijken.

Bij zowel de disciplineren van individuen als die van de samenleving spelen het menswetenschappelijk onderzoek en de verzorgende beroepen een hoofdrol. De geneeskunde wordt, omdat ze de wetenschap van het normale en het pathologische is, gaandeweg in de geschiedenis verheven tot *koningin der wetenschappen* (Foucault 1976:84). Vanaf de achttiende eeuw zet de geneeskunde zich in bij de disciplineren van groepen 'hysterische' vrouwen, masturberende kinderen en perverse volwassenen. Maar, zegt Foucault, deze groepen zijn niet alleen mikpunt, maar vooral ook *steunpunt*, van waaruit het medische regime oprukt en zich over

⁹ Het begrip protoprofessionalisering zou kunnen worden vergeleken met het idee van kolonisatie van de leefwereld bij Habermas (zie par. 4.3.3). De persoonlijke beleving van gezondheid krijgt steeds minder eigen ruimte en authenticiteit. Daarvoor in de plaats nemen leken houdingen en gedragingen over van professionals uit de systeemwereld.

¹⁰ De civilisatie-theorie van Elias beschrijft eenzelfde overgang van uiterlijke dwang en geweld naar meer subtiele vormen van overreding, onderhandeling, verleiding en zelfdwang. De Swaan noemt dit proces de overgang van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding.

de samenleving uitbreidt. De bestrijding van moreel verval was het voertuig voor verdergaan- de medische invloed en disciplineren. Het medisch regime heeft afwijkend gedrag nodig als bruggehoofd om haar machtsbasis te vergroten. Het belangrijkste object en resultaat is volgens Foucault het moderne gezin (Keulartz 1987). Voor Donzelot (1979) was de campagne voor verbetering van de zuigelingenverzorging vanaf de tweede helft van de achttiende eeuw daar de start van.

De medische bemoeienis breidt zich dus uit. Iedereen is patiënt, dan wel protopatiënt of quasipatiënt. Het ene deel van de bevolking is professional en het andere deel protoprofessionaal. Een eigen, autonome visie op gezondheid lijkt meer en meer op de achtergrond te raken. Ervoor in de plaats komt schuldbesef en de angst niet aan het gezondheidsideaal te voldoen. Gezondheidsideaal wordt gezondheidsdwang. De afwijkingen worden als mislukking geafficheerd en gebruikt om de norm aan te scherpen. Zoals voor Donzelot de psychoanalyse het voertuig was waarmee de psychiatrie in staat werd gesteld buiten de gestichtsmuren te treden en haar interventie over de hele samenleving uit te breiden, zo zou lokaal gezondheidsbeleid gezien kunnen worden als een voertuig dat het medisch handelen buiten de muren van het ziekenhuis brengt. Rolies besluit een artikel over de vraag of gezondheid een nieuwe religie is geworden met de conclusie: *'Gezondheid is een categorie die niet meer weg te denken is uit het leven van de burgers en de moderne samenleving. Zij ordent, reguleert en normeert het leven van het individu en van groepen. De absolute gezondheid is een mythe die de geneeskunde mobiliseert en een droom die de mensen in de armen van de geneeskunde drijft.* (Rolies 1988:30)

Voorlopige conclusie

De concepten rond medicalisering, disciplineren, professionalisering en civilisering laten zien dat het toenemend belang van gezondheid in de samenleving geen neutrale gebeurtenis is. Ze tonen de indringing van gezondheid in het maatschappelijk leven. Gezondheid wordt meer en meer een middel om afwijkend gedrag te beheersen, dan wel om conflicten in veilige banen te leiden. Daarbij richten leken zich steeds meer op de begrippen, houdingen en gedrag van gezondheidsprofessionals. Lokaal gezondheidsbeleid vormt in deze beschouwingswijze een stap in het proces van medicalisering van de samenleving. Dat is een belangrijke constatering op weg naar een analyse van lokaal gezondheidsbeleid. Maar een omissie hierbij is dat deze concepten het effect van deze doordringing van gezondheid niet differentiëren naar te onderscheiden maatschappelijke groepen. Een uitzondering hierop vormt Freidson. Bij hem zijn aanzetten te vinden tot een meer gedifferentieerd perspectief. Heeft medicalisering op mensen steeds hetzelfde effect, ongeacht opleiding, beroep of inkomen? Doet de sociale omgeving van mensen ertoe? Speelt het sociale netwerk een rol? In het licht van gezondheidsverschillen tussen maatschappelijke groepen zijn dit geen onbelangrijke vragen. In par. 4.3.5 wordt getracht hierop een antwoord te formuleren. Vooraf daaraan worden twee andere problemen aan de orde gesteld. Op de eerste plaats (par. 4.3.3) is dat de vraag of het houdbaar is dat medicalisering en disciplineren onontkoombaar werkzame mechanismen zijn. Zijn tegenkrachten en verzet onmogelijk geworden? Op de tweede plaats (par. 4.3.4) is in het vervolg hierop de vraag mogelijk of de maatschappelijke doordringing van gezond-

heid enkel en alleen te beschouwen is als negatief. Is gezondheid daarnaast niet een positieve waarde waarin te investeren valt en die in te zetten is in de opbouw van een maatschappelijke carrière?

4.3.3 Leefwereld

Habermas (1981) gebruikt de samenhangende begrippen leefwereld en communicatief handelen. *Communicatief handelen* is volgens Habermas het streven om op grond van onderlinge overeenstemming tot een gemeenschappelijk definitie van de situatie te komen, om zo handelingen op elkaar af te stemmen. Communicatief handelen is gericht op wederzijds begrip. Dit communicatieve handelen moet aan enkele voorwaarden voldoen. Op de eerste plaats moeten de uitspraken waar zijn (feitelijk), juist zijn (conform geaccepteerde normen en rol-verwachtingen) en waarachtig zijn (zonder verborgen bedoelingen). Dit zijn geldigheidsaanspraken die gesprekspartners bij onenigheid aan elkaar voorleggen en bediscussiëren tot er overeenstemming is. Op de tweede plaats moet het gesprek niet onder handelingsdruk gevoerd worden en tenslotte mogen er geen verschillen in macht tussen de deelnemers bestaan. Wanneer mensen niet streven naar wederzijds begrip heet de communicatie strategisch.

Het begrip *leefwereld* verwijst naar culturele interpretatiekaders, naar maatschappelijke instituties (die solidariteit en samenhang tussen groepen regelen) en naar communicerende personen. Communicatief handelen en leefwereld zijn complementair. De leefwereld van mensen is de achtergrond en de bron van waaruit communicatief handelen onproblematisch gevoed wordt en omgekeerd wordt de leefwereld door communicatief handelen in stand gehouden. Steeds wanneer er in communicatief handelen overeenstemming bereikt wordt, bevestigt dit de interpretatiekaders, de legitimiteit van instituties en de identiteit van mensen. De drie structurele componenten van de leefwereld zijn persoonlijkheid, cultuur en maatschappij. De *persoonlijkheid* wordt gevormd door de competenties die een subject in staat stellen te spreken en te handelen en zodoende in een bepaalde context deel te nemen aan verstandhoudingsprocessen, zonder daarin de eigen identiteit te verliezen. De *cultuur* is de voorraad aan kennis en gebruiken waaraan mensen vruchtbare interpretaties en handelingspatronen ontleen wanneer ze met elkaar communiceren. De *maatschappij* wordt gevormd door legitieme ordeningen met behulp waarvan de deelnemers aan communicatie hun lidmaatschap van sociale groepen regelen en daarmee de onderlinge solidariteit handhaven.

De samenleving ontwikkelt zich niet alleen symbolisch (of immaterieel) op cultureel, institutioneel en persoonlijk gebied, maar reproduceert zich ook materieel. Echter, daarvan is de logica niet die van het streven naar overeenstemming via communicatief handelen, maar die van het *instrumentele handelen*. Doel daarvan is vergroting van de effectiviteit van het handelen. In de historie is er een ontwikkeling naar het uit elkaar groeien van de symbolische en de materiële reproductie. De materiële reproductie komt in de vorm van een economisch systeem los te staan van de leefwereld. Het producerend en markteconomisch handelend

individue kon echter pas ontstaan via de rationalisering van de leefwereld. Daar werd de basis gelegd voor het vrije individu dat met andere gelijkwaardige individuen contracten kan sluiten. In de loop van de tijd is de leefwereld onder invloed gekomen van een *rationaliseringsproces*. Traditionele normen en waarden worden minder vanzelfsprekend en mensen worden steeds meer gedwongen eigen wegen te ontwikkelen om via communicatief handelen tot overeenstemming te komen. In een gerationaliseerde leefwereld staat alles ter discussie.

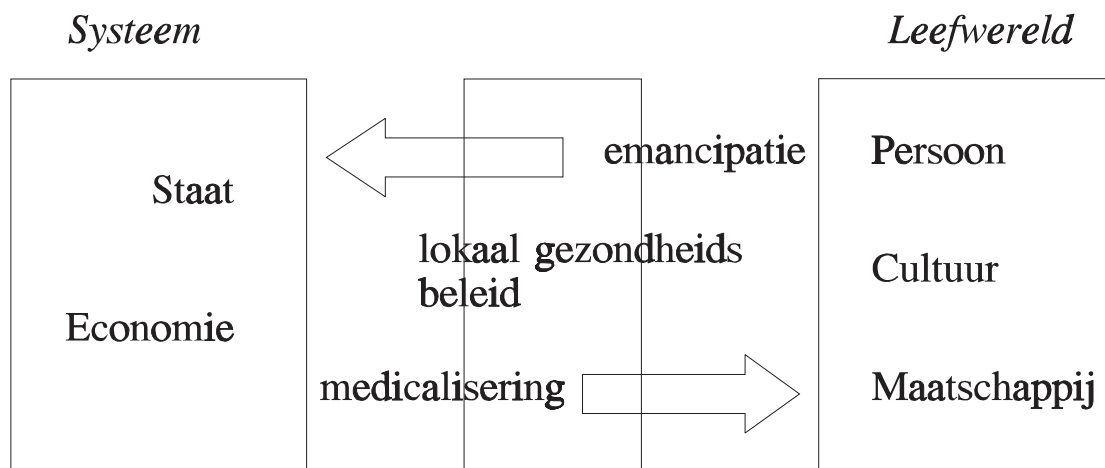
Het uit elkaar groeien van de paren symbolische reproductie/communicatief handelen en materiële reproductie/instrumenteel handelen is problematisch en een voortdurende bron voor crises. Om de kloof te dichten zijn er twee mogelijkheden: ofwel het economisch systeem wordt onder regie van normen en waarden gebracht, ofwel de leefwereld wordt onderworpen aan het economisch systeem. In de moderne maatschappij (zowel kapitalistisch als communistisch) is vaak het laatste het geval. Habermas noemt dit de *kolonisering van de leefwereld*. Doelrationeel handelen verdringt het communicatieve handelen.

Medicalisering van de samenleving is op te vatten als één van de aspecten van dit koloniseringsproces. Het gaat om het verdringen van communicatief handelen door doelrationeel handelen door deskundigen (Mol en Van Lieshout 1989:166). Het gevaar ervan is het afsterven van culturele tradities, het verlies aan solidariteit en het mislukken van socialisatieprocessen, essentiële processen voor het voortbestaan van de samenleving. De afstand tussen het systeem en de leefwereld is er de oorzaak van dat een probleem van een cliënt nooit werkelijk (door bijvoorbeeld een overheidsdienst) opgelost kan worden. Het probleem ontstaat namelijk in de leefwereld en wordt 'opgelost' met middelen en procedures uit het bureaucratische systeem dat geen aansluiting heeft bij die leefwereld. Dit nieuwe probleem wordt vervolgens opgepakt door therapeutische vormen van hulpverlening. Hetzelfde probleem herhaalt zich nu, maar op een abstracter niveau. Het gevolg is dat steeds meer gebieden van de leefwereld doordrongen worden door het systeem. Hulpverleners werken vanuit een ingewikkelde positie waarin zij communicatief moeten handelen om medewerking van de cliënt te krijgen, maar vervolgens het proces moeten sturen in de richting van de maatschappelijke doelstellingen van de betreffende zorg- of hulpverleningsinstelling.

Naarmate het proces van kolonisering van de leefwereld voortschrijdt, nemen echter ook de kansen tot verzet toe. Wanneer immers door het rationaliseringsproces traditionele waarden verdwijnen en oude solidariteit afbrokkelt, wordt de vorming van nieuwe tradities, institutionele regelingen en persoonlijke identiteiten afhankelijk van de eigen inspanningen van betrokkenen om tot nieuwe interpretaties en argumenten te komen. De communicatieve infrastructuur van de leefwereld wordt daardoor hechter. De werking van het systeem schept dus zijn eigen tegenkrachten. Vooral nieuwe sociale bewegingen zoals bewegingen in de psychiatrie, vrouwenbeweging en milieubeweging zijn daar volgens Habermas (1981) uitingen van. De ontwikkelingen zijn dus niet zoals bij Foucault's disciplineringsproces louter eenzijdig: er is bij Habermas sprake van een voortgaande rationalisering, maar ook van een toenemende potentie aan tegenkrachten. Zelforganisatie rond gezondheid, zoals zelfhulp en tegenbeweging, is dan meer dan alleen een vorm van protoprofessionalisering en als zodanig een trede hoger op de trap van de disciplineren en medicalisering. Het is óók een nieuwe mogelijkheid in verzet tegen diezelfde disciplineren. Bij de disciplinerenstheorieën is er een grote afstand

tussen de werking van het systeem en de ideeën in de leefwereld. Habermas houdt ruimte voor beide perspectieven. Het systeem heeft disciplinerende en koloniserende tendenties, maar dat is niet het enige. Ook de leefwereld heeft potenties. Tegenbewegingen rond gezondheid kunnen bijvoorbeeld problemen uit de individuele sfeer halen en de oorzaken ervan politiek aan de orde stellen. De maatschappelijke context van ziekte en gezondheid wordt dan zichtbaar.

Zo gezien heeft ook een fenomeen als lokaal gezondheidsbeleid beide aspecten in zich: het is te zien als medicalisering, een verdere doordringing van de waarde gezondheid in de samenleving, en als kolonisering, wanneer mensen hun gezondheid niet meer in eigen regie kunnen nemen. Maar lokaal gezondheidsbeleid kan ook beschouwd worden als pogingen gezondheid in een nieuw en minder individualiserend kader te herdefiniëren. In dat geval is er sprake van emancipatie wanneer mensen zich weten te onttrekken aan de greep die staat en economie op hun leefwereld en gezondheid hebben. Maar ook moet duidelijk zijn dat dit processen zijn die hun oorsprong ver in de tijd terug hebben en niemand in de samenleving onberoerd hebben gelaten. Mol en Van Lieshout (1989) waarschuwen voor een misplaatst idealisme. Er is geen 'oorspronkelijke' leefwereld, die, *'als leefden er "goede wilden", voor de medische kolonisten dient te worden behoed'* (166).



Figuur 1 Lokaal gezondheidsbeleid als medicalisering en als emancipatie aan de hand van Habermas' onderscheid tussen systeem en leefwereld.

Deze beide aspecten van lokaal gezondheidsbeleid — medicalisering en emancipatie — zijn in Figuur 1 in schema gezet aan de hand van Habermas' onderscheid in systeem (staat en economie) en leefwereld (persoon, cultuur en maatschappij). Vanuit staat en economie kan lokaal gezondheidsbeleid een medicaliserend effect hebben op de leefwereld, maar andersom kan de leefwereld lokaal gezondheidsbeleid ook gebruiken als een voertuig voor emancipatie.

4.3.4 Gezondheidskapitaal

In een analogie met het werk van Bourdieu is een heel andere benadering van het toegenomen maatschappelijke belang van gezondheid mogelijk dan de benadering van medicalisering en disciplineren. Bourdieu vraagt zich af hoe de basis van de ongelijkheid van maatschappelijke kansen is te beschrijven. Van belang zijn vanzelfsprekend goederen en geld als verschijningsvorm van kapitaal. Maar er is meer. Volgens Bourdieu heeft de economische theorie het *universum van ruilhandelingen* gereduceerd tot de warenruil. Die ruil is gericht op maximalisatie van winst en dus op eigen belang. Daarmee lijkt het alsof de andere vormen van ruil belangeloos zouden zijn en geen rol zouden spelen voor iemands maatschappelijke positie. Echter ook cultuur en gewoonten en evenzeer positie en connecties in een sociale groep zijn te accumuleren en in te zetten voor maatschappelijk gewin. Bourdieu noemt verworven cultuur en gewoonten *cultureel kapitaal* en verworven positie en connecties in een sociale groep *sociaal kapitaal*. Vooral het begrip cultureel kapitaal is van belang. Bourdieu legt cultureel kapitaal uiteen in drie vormen: in belichaamde staat, in geobjectiveerde staat en in institutionele staat.

In belichaamde staat bestaat cultureel kapitaal in de vorm van '*duurzame disposities van het organisme*' (Bourdieu 1989: 123). Belichaming kost tijd en moet persoonlijk worden geïnvesteerd. De vorming van cultureel kapitaal kan dus niet bij volmacht gebeuren, zoals dat ook niet mogelijk is bij bijvoorbeeld body-building of zonnebaden. Cultuur wordt verworven door persoonlijke arbeid. '*Geïncorporeerd kapitaal is een vorm van eigendom die tot lijfelijke eigenschap van een persoon geworden is, tot een habitus: een 'hebben' dat veranderd is in een 'zijn'*' (Bourdieu 1989:125). De habitus is een structurerend mechanisme dat werkzaam is binnen actoren, ook al is het niet strict individueel en wordt gedrag er ook niet volledig door gedetermineerd. Habitus is het 'ontstaansprincipe' van strategieën die actoren in staat stellen aan heel uiteenlopende situaties het hoofd te bieden. De habitus is een produkt van de verinnerlijkte externe structuren. Het stelt mensen in staat op een bepaald 'veld' (zoals economie, onderwijs, religie of kunst) op een over het algemeen coherente manier op externe prikkels te reageren. De oude tegenstelling tussen individuele vrijheid of spontaniteit (subjectivisme) en dwang van de sociale structuur (objectivisme of structuralisme) verenigt zich in het concept habitus. Habitus is ook te omschrijven als een gesocialiseerde vorm van subjectiviteit. Het is duurzaam, maar niet onveranderlijk (Bourdieu en Wacquant 1992:20ev,81-87). Cultuur in belichaamde staat is geen goed dat direct overdraagbaar of verhandelbaar is.

In geobjectiveerde staat beschrijft Bourdieu cultureel kapitaal in de vorm van cultuurgoederen (schilderijen, boeken, instrumenten). Materieel toeëigenen van cultuurgoederen vereist economisch kapitaal. Het symbolisch toeëigenen ervan vergt cultureel kapitaal in belichaamde staat. In institutionele staat tenslotte verschijnt cultureel kapitaal als het door een diploma institutioneel erkende cultureel kapitaal van de drager. Het maakt de culturele kapitalen van verschillende personen vergelijkbaar. En het maakt vergelijking tussen cultureel en economisch kapitaal mogelijk: het zijn de 'wisselkoersen' tussen de beide vormen van kapitaal.

Aan de hand van de theorie van Bourdieu is de voortgaande indringing van de waarde

	'Bourdieu'	'gezondheid'
Belichaamd	Duurzame disposities van het lichaam	Persoonlijke geestelijke en lichamelijke gezondheid; goede conditie; stressbestendigheid; schoonheid; gezonde uitstraling
Geobjectiveerd	Cultuurgoederen	Gezonde attributen: sportkleding, -artikelen en -apparaten, boeken, keukengerei, gezonde voorraden, vitamines
Institutioneel	Erkenning door diploma's	Gezondheidskeuring, gunstige ziektekostenverzekering

Figuur 2 Cultureel kapitaal (naar Bourdieu 1989) en gezondheidskapitaal.

gezondheid in de samenleving, die in de vorige paragraaf is beschreven, op een heel andere manier te beschouwen. In Figuur 2 zijn de drie vormen van cultureel kapitaal van Bourdieu vertaald naar een concept dat *gezondheidskapitaal* genoemd kan worden. Gezondheidskapitaal is dan de lijfsgebonden waarde die een goede gezondheid heeft binnen de diverse velden zoals arbeid, opleiding of vrije tijd. Gezondheid wint maatschappelijk aan belang en wordt daarmee een voertuig voor maatschappelijk succes. Een sterke gezonde uitstraling vergroot de kansen op begeerde revenuen. Investeren in een goede gezondheid heeft rendement: banen, goede verdiensten en belangrijke contacten komen binnen handbereik. In feite is dit de zonnige zijde van het selectie-mechanisme (zie hoofdstuk 2). In een samenleving waarin sociale mobiliteit bestaat en waarin gezondheid een groot goed is, is het mogelijk gezondheid als opstap voor sociale stijging te gebruiken. Goudsblom constateert dat *'persoonlijke gezondheid in veel grotere mate dan ooit tevoren afhankelijk is van het eigen initiatief van het individu, van zijn bereidheid daarin te 'investeren' door een regelmatig leven te leiden, met voldoende lichaamsbeweging en rust, en zonder zich aan te veel eten of andere vormen van onmatigheid te buiten te gaan'* (Goudsblom 1986:210). Maar uiteraard is ook het omgekeerde

waar: een slechte of verwaarloosde gezondheid kan een negatieve selectie tot gevolg hebben, een terugval in mindere banen met geringere verdiensten en aanzien. Dit proces kan zich afspelen in de loop van één mensenleven, maar is evengoed mogelijk van de ene generatie op de andere.

Een goede gezondheid kan een gewaardeerde weg naar succes zijn maar een gebrekkige gezondheid daarentegen een verwijtbaar falen.

4.3.5 Culturen van gezondheid

Een bezwaar van de tot nu toe beschreven theorieën rond medicalisering, professionalisering, disciplineren, leefwereld en gezondheidskapitaal, is de schijn die gewekt wordt dat ze universeel voor iedereen gelden en cultureel neutraal zijn. Het lijkt alsof gezondheid voor iedereen eenzelfde rol speelt. Dat is weinig aannemelijk. Er is met andere woorden een gebrek aan een verbijzondering naar specifieke culturen in de samenleving. Een mogelijkheid om tot de gedifferentieerde aanpak te komen die in de aanhef van dit hoofdstuk bepleit werd, is een perspectief dat recht doet aan de verschillende manieren waarop mensen zich tot gezondheid kunnen verhouden. In deze paragraaf wordt daartoe met behulp van de culturele theorie van Douglas (1978 en 1982) en Thompson et al. (1990) het concept *culturen van gezondheid* ontwikkeld.

Het groep-raster-model uit de culturele theorie van Douglas (1978 en 1982) is een uitwerking van een klassieke sociaal wetenschappelijke thema: het denken en gedrag van mensen wordt beïnvloed door hun sociale omgeving en tegelijkertijd wordt diezelfde sociale omgeving door hun denken en gedrag geconstitueerd. In het groep-raster-model staan twee dimensies centraal: groep en raster. De *groep* staat voor de mate waarin iemands leven beheerst wordt door het lidmaatschap van een groep. In een sterke groep is er veel nadruk op het verschil tussen 'wij' en 'zij' en worden groepsleden voorondersteld vooral met elkaar om te gaan. Een sterke groep betekent verlies van persoonlijke autonomie. Met het *raster* wordt de mate bedoeld waarin iemands leven gestuurd wordt door regels. Bij een sterk raster is er een gedifferentieerd systeem van rollen met de daarbij behoren statusverschillen. Er heerst met andere woorden een sterke hiërarchie. Persoonlijke vrijheid van handelen is hierdoor beperkt. In de rasterdimensie kan onderscheid gemaakt worden tussen *externe* en *interne* regels (Engbersen 1990). Met de eerste worden de formele regels bedoeld zoals die door de officiële instituties gedicteerd worden, met de tweede de informele regels zoals die in het leven van alledag ontstaan. Het is een onderscheid dat verwant lijkt aan de dualiteit systeem en leefwereld die Habermas hanteert (zie 4.3.3). De groepsdimensie staat vooral voor de manier waarop de buitengrenzen gedefinieerd worden. Bij het raster gaat het om de binnengrenzen.

De twee uitersten van de beide dimensies, sterk en zwak, geven een matrix met vier mogelijke culturen (zie Figuur 3). Bij een zwakke groep en een zwak raster (A) is er alle ruimte voor individuele vrijheid en een opportunistisch normbesef. In een sterk raster, maar zonder een sterke groep (B) zijn mensen onderworpen aan strenge regels zonder lid van een groep

te zijn. Het volgen van de regels gebeurt fatalistisch, omdat het niet door een groepsgevoel wordt gevoed. Als een sterke groep samengaat met een sterk raster (C) is er een systeem van regels en een hiërarchie die als rechtvaardig worden ervaren: men ziet de anderen als leden van dezelfde groep. Problemen in de groep kunnen makkelijk opgelost worden. Als de groep sterk is, maar een sterk raster ontbreekt (D) gaat het om een egalitaire groep met een sterke onderlinge sociale controle. Problemen worden doorgaans opgelost door zondobokken te creëren en door uitsluiting.

Grid	+	Atomized Subordination B	Hierarchy C
	-	Individualism A	Factionalism D
		-	+
		Group	

Figuur 3 Het groep-raster-model (Douglas 1982:4).

Het hier gehanteerde cultuurbegrip kan in verband worden gebracht met het begrip *habitus* van Bourdieu: het 'ontstaansprincipe' van strategieën die actoren in staat stellen aan heel uiteenlopende situaties het hoofd te bieden, ofwel verinnerlijkte externe structuren die mensen in staat stellen op een over het algemeen coherente manier op externe prikkels te reageren (zie p. 82). Maar het kan ook in verband gebracht worden met de tweede structurele component van de leefwereld bij Habermas: de cultuur als de voorraad aan kennis en gebruiken waaraan mensen vruchtbare interpretaties en handelingspatronen ontlelen wanneer ze met elkaar communiceren (zie p. 79).

Een probleem van het groep-raster-model van Douglas is dat er geen plaats is voor escapisme: de strategie van terugtrekken uit de samenleving. Het plaatsen van dit type — de kluizenaar — links onder in de matrix (A) geeft het probleem dat er twee geheel verschillende typen in ondergebracht zouden moeten worden, namelijk de individualistische ondernemer, de succesvolle entrepreneur, en de teruggetrokken autonoom levende kluizenaar. Omdat de kluizenaar weinig contact heeft met andere individuen en aan de rand van de samenleving gesitueerd is, plaatsen Thompson et al. 1990 hem op het kruispunt van groep en raster. Zo verschijnen er niet vier, maar vijf culturen, of *ways of life* in een matrix (zie Figuur 4).

Engbersen et al. 1993 gebruiken deze culturele theorie van Thompson et al. 1990 om verschillende culturen van werklozen te beschrijven. Engbersen trof in eerder onderzoek rond omgang met werkloosheid zes verschillende reactiepatronen aan: conformisten, calculeerden, ondernemenden, ritualisten, reitritisten en autonomen (Engbersen 1990:25 ev.)¹¹. Deze reactiepatronen van werklozen bleken goed te plaatsen in het groep-raster-model. Resultaat zijn vier culturen van werkloosheid: conformistisch, individualistisch, fatalistisch en autonoom. Geen van de groepen paste in de hiërarchische cultuur (Engbersen et al. 1993:160 ev.). Het groep-raster-model wordt hier gebruikt om culturen van werklozen te beschrijven, maar de auteurs merken op dat het model even veelzeggend is om bijvoorbeeld werk-culturen

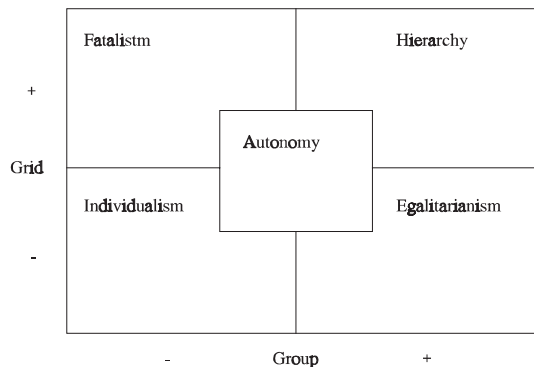
¹¹ Engbersen wijst erop dat het niet gaat om persoonlijkheidstypen, maar om in de tijd ontwikkelde gedragspatronen.

te beschrijven.¹²

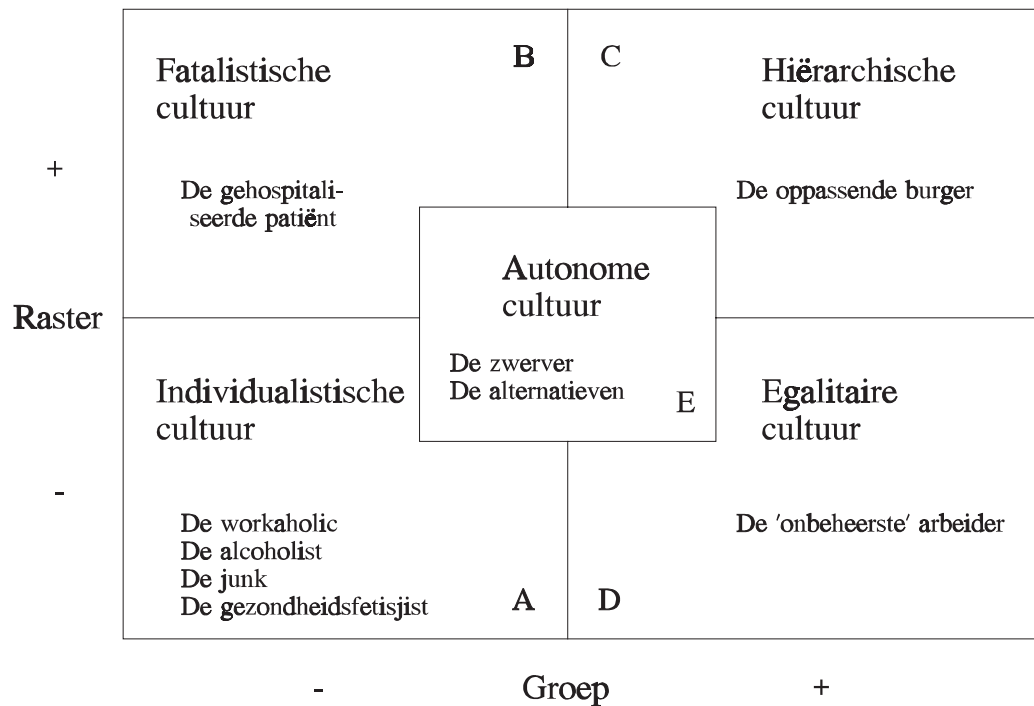
Het lijkt niet ver gezocht ook voor omgang met ziekte en gezondheid met behulp van de culturele theorie van Douglas 1982 en de aanvulling van Thompson et al. 1990 *gezondheidsculturen* te formuleren. Om dit te doen wordt *raster* opgevat als het onder invloed staan van regels over gezonde leefwijze, over omgaan met ziekte en ziek zijn en over omgaan met de gezondheidszorg. Een sterk raster impliceert bijvoorbeeld een sterk besef van de ziekenrol en een erkenning van de therapeutenrol

(Parsons 1951). Het is het voorbeeld van de voorbeeldige zieke. Omgekeerd betekent een zwak raster weinig gevoeligheid voor gezond gedrag en gezonde leefregels. Gezondheid heeft in dat geval een weinig structurerende rol in iemands leven. Er is ruimte voor een individualistisch gedragspatroon ten opzichte van de heersende ideeën over gezondheid. Het prevaleren van ambitie en carrière boven een goede gezondheid is daar een voorbeeld van. *Groep* staat — dichtbij de oorspronkelijke betekenis die Douglas eraan gaf — voor de mate waarin iemands leven beïnvloed wordt door het feit dat hij of zij lid is van een bepaalde groep. Een sterke groep kent scherpe grenzen tussen de groep en de buitenwereld en heeft sociale controle op 'vreemd gaan' buiten de groep. 'Groep' is op deze manier in zichzelf niet gebonden aan gezondheid. Wanneer die verbinding wel wordt gelegd, is het in de richting van Freidson's *lekenverwijssysteem* (zie p. 73): naast de inhoudelijke noties over gezondheid die er in een groep leven, is de sterkte van de cohesie in de groep belangrijk wanneer het er om gaat of leden van een groep makkelijk uit zichzelf een arts raadplegen. Omgekeerd zal het bij een zwakke groep van de sterkte van het raster afhangen of iemand zich wel of niet gebonden acht aan bijvoorbeeld een gezonde leefwijze.

De beide uitersten 'sterk' en 'zwak' van raster en groep zijn in hun betekenis voor gezondheid evenens in een matrix te plaatsen. Ook hier geldt de aanvulling die Thompson et al. 1990 maakten voor het moeilijk plaatsbare escapisme. Deze kan niet geplaatst worden in categorie zwak raster/zwakke groep omdat het archetype hiervan, de kluizenaar, dan samen met een volstrekt ander gedragspatroon als de gestresste workaholic in hetzelfde compartiment ingedeeld zou moeten worden. In Figuur 5 bevinden zich in blok A gedragspatronen die weinig door streven naar gezondheid zijn gestructureerd en bovendien gekenmerkt worden door een zwakke groepsbinding. Daartoe behoren individualistisch georiënteerde subculturen die er een voor de gezondheid riskante leefwijze op na houden: heroïnejunkies, alcoholisten, workaholics en andere verslaafden. In dit blok passen ook de individualistisch georiënteerde gezondheidsfreaks of -fetishisten. Zij volgen in hun ultieme streven naar een gezond leven



¹² Zij verwijzen hiervoor naar voorbeelden in Mars 1982, Thompson and Wildavsky 1986 en Boon 1983.



Figuur 5 Culturen van gezondheid.

de eigen individualistische interpretatie van regels voor een gezond leven. Blok A vertegenwoordigt dus een cultuur die zich door heel andere principes dan de reguliere gezondheidsregels laat leiden. De groepen in B worden sterk gestuurd door regels voor gezond leven en maken in geringe mate deel uit van een groep. De regels die gevolgd worden zijn niet ingebed in een groeps cultuur. Het prototype uit B is de gehospitaliseerde patiënt. Deze leidt een geïsoleerd leven dat volkomen gedomineerd wordt door het medische regime. Raster en het ontbreken van een groepsbinding zijn hier samengebond in de organisatie en het gezag van het ziekenhuis.¹³ De oppassende burger, een typisch hogere en middenklasse-patroon, staat model voor C. Het is een gedragspatroon waarvan de inhoudelijke oriëntatie dicht bij de uitgangspunten van de gezondheidszorg staat en waarin een sterke binding in een groep bestaat. De andere categorie die ook een sterke groepsbinding heeft, maar verder weg staat van de algemene principes over gezondheid is geplaatst in D. Het gaat om de traditionele

¹³ Een voorbeeld hiervan is de beschrijving van Goffman (1961) van de psychiatrie als totale institutie.

arbeidersklasse in de oude en naoorlogse stadswijken in de steden.¹⁴ Ook al zijn deze buurten de laatste decennia ingrijpend van samenstelling veranderd (zie paragraaf 4.4.3 over de territoriale kaders), toch blijven er delen van wijken waarin een dergelijke egalitaire cultuur bestaat (zie ook Engbersen et. al 1993:162). Een perspectief op de toekomst is niet sterk ontwikkeld¹⁵ en daarmee is werken aan een gezonde toekomst geen overheersende leidraad voor de dag van vandaag. In E bevindt zich dan tenslotte het gedragspatroon dat geen uitgesproken groeps- of rasterkenmerken heeft. Het is de cultuur van bijvoorbeeld zwervers en alternatieven. Ze leven min of meer aan de rand van de samenleving, gaan hun eigen gang en laten zich niet bijzonder veel gelegen liggen aan gezondheidsnormen.

Het zal duidelijk geworden zijn dat niet iedereen op dezelfde manier op gezondheid is aan te spreken. Niet iedereen ziet gezondheid als een belangrijk na te streven doel en niet iedereen bewandelt wegen die door de medische wetenschap als gezondheidsbevorderend worden gezien. Lokaal gezondheidsbeleid zal zich rekenschap moeten geven van het bestaan van zulke uiteenlopen *culturen van gezondheid*. In die zin is het begrip culturen van gezondheid te plaatsen als een nadere specificatie van het begrip leefwereld van Habermas. Cultuur, de tweede structurele component van de leefwereld (Figuur 1 op p. 81) is in het kader van gezondheid en gezondheidsbeleid te differentieren naar vijf culturen van gezondheid. Een aanpak als Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (zie hieronder in par. 4.4.2), ontwikkeld in een 'burgerlijk' kader (blok C in Figuur 5), kan in een arbeidersmilieu (D) de aansluiting volledig missen. Ook kan een appel op een collectieve aanpak van gezondheidsproblemen in de stad de plank misslaan wanneer de oriëntatie op gezondheid vooral een individuele is. Lokaal gezondheidsbeleid zal zich, wil het beleid succesvol zijn, rekenschap moeten geven van de cultuur van gezondheid van de doelgroep.

4.4 Beleidstheorieën

4.4.1 Inleiding

Na een plaatsbepaling aan de hand van meer algemene sociaal-wetenschappelijke concepten komen nu twee beleidstheorieën aan de orde.¹⁶ Het gaat op de eerste plaats om *gezondheidsvoorlichting en -opvoeding* (par. 4.4.2). Betoogd zal worden dat deze aanpak sterk cognitief

¹⁴ Zie Haveman (1952) voor een beschrijving van de typerende kenmerken van de cultuur van ongeschoolde arbeiders, afgezet tegen de burgerlijke cultuur (in schema op p. 198-202).

¹⁵ Zie hiervoor publicaties als *De rafelrand blijft. Sociologie van kansarme buurten* van Simonse (1982) en *Als je voor een dubbelte geboren bent..* van Kraaykamp (1974).

¹⁶ Beleidstheorieën worden door Van de Graaf en Hoppe omschreven als '*het geheel van argumentaties en kennis(elementen) die een beleidsvoerder aan een bepaald beleid ten grondslag legt*' (1992:73). Het gaat om de vooronderstellingen en uitgangspunten van de beleidsvoerder en de manier waarop deze daarvan gebruik maakt. Een beleidstheorie geeft aan waarom er op een bepaald beleidsveld op een bepaalde manier gehandeld moet worden.

van aard is en weinig oog heeft voor de gedifferentieerde cultuur waarin mensen leven. Vervolgens komen de ideeën achter *healthy cities* aan bod (par. 4.4.3). Hier zal aandacht besteed worden aan het te ongecompliceerde gebruik van het begrip *participatie*. Ook zal gekeken worden naar een soms achterhaald *buurtbegrip* en naar de beperkingen van het lokale als schaalniveau voor beleid.

4.4.2 Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) is een voorlichtingsmethodiek op het gebied van gezondheid. De methodiek is ontwikkeld als antwoord op de opkomst van de zogeheten welvaartsziekten. Het zijn ziekten, zoals hart- en vaatziekten en kanker, waarbij de gezondheidszorg geen echte oplossing heeft, maar enkel de symptomen kan bestrijden. Welvaartsziekten zijn vooral 'gedragsziekten': ze worden voor een groot deel veroorzaakt door menselijk gedrag zoals overmatige vetconsumptie, te weinig bewegen en roken. Om deze ziekten te bestrijden kwam er in plaats van een medische benadering behoefte aan een gedragswetenschappelijke benadering. Mensen zouden gewezen moeten worden op de gevaren van hun gedrag en zich gezonder moeten gaan gedragen. Ziekten zouden daardoor kunnen worden voorkomen of op zijn minst in een vroegtijdig stadium genezen kunnen worden. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding heeft niet meer, zoals in de beginperiode (vanaf ongeveer 1962) de pretentie dat kennis direct verandering van gedrag betekent. Er is nu ook aandacht voor de toepassing van kennis en voor de bestending van gedragsverandering.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding wordt beschreven als intentionele voorlichting: beïnvloeding van kennisniveau, attitude of gedrag, dat uiteindelijk moet resulteren in gedragsbehoud. Men maakt gebruik van educatieve interventies die systematisch, planmatig en doelgericht zijn (Damoiseaux 1993).

Er wordt veelal een onderscheid gemaakt in vier fasen in Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: probleemanalyse, analyse van gedragsdeterminanten, beïnvloeding en evaluatie. Bij de probleemanalyse gaat het om de gedragsdiagnose (analyse van de gedragsmatige oorzaken), de epidemiologische diagnose (analyse van de gezondheidsproblemen) en de sociale diagnose. Bij de sociale diagnose gaat het om een inventarisatie van de psychosociale en de sociaal-economische consequenties van het gezondheidsprobleem (Damoiseaux 1993:19). Bij de analyse van de gedragsdeterminanten gaat het om de vraag welke factoren het ongewenste gedrag veroorzaken of het gewenste gedrag belemmeren. Belemmeringen kunnen bijvoorbeeld gebrek aan kennis of financiën zijn. Tot de gedragsdeterminanten worden cognities, sociale invloed, attitudes en gedragsmogelijkheden gerekend. Bij de gedragsbeïnvloeding kijkt men naar het belang van de determinanten én naar de veranderbaarheid ervan. Hierbij is ook de analyse en de keuze van de te gebruiken media aan de orde. De evaluatie tenslotte geeft zicht op de vraag in hoeverre een interventie effect heeft gehad. Idealiter wordt er gewerkt vanuit een experimenteel design, met een voor- en nameting en een controlegroep.

Er wordt vanuit gegaan dat mensen in vrijheid al dan niet kiezen voor gedragsverandering. Van belang is hierbij rekening te houden met de motivaties die het gedrag van mensen sturen. Men gaat uit van twee motivaties. De eerste is die van het streven naar cognitieve ordening: mensen streven ernaar de ongestructureerde werkelijkheid te beheersen. De tweede is het beloningsprincipe: de mate waarin het gedrag door de sociale omgeving gesanctioneerd of bekrachtigd wordt. Ook kan er sprake zijn van een directe beloning bij gedragsverandering. Hoe sterker dit is, hoe vaker het beoogde gedrag vertoond zal worden. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding probeert op beide principes in te spelen. De Leeuw noemt samenvattend als de belangrijkste kenmerken: voorlichting beoogt een planmatige gedragsverandering, heeft een strikte gerichtheid op doelgroep- en ziektebeeld, heeft een preoccupatie met attitudes en focust tenslotte op individueel gedrag (De Leeuw 1994:169).

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is individueel gericht met weinig aandacht voor 1) structurele verhoudingen in de samenleving (economie, arbeid, opleiding etc) en voor 2) verschillen tussen groepen. Geconstateerd wordt welliswaar dat veel gezondheidsproblemen niet door individuen veroorzaakt worden, maar door structurele processen in de samenleving, maar dit wordt niet uitgewerkt. Men stelt dat Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding niet meer kan doen dan dit soort structurele problemen signaleren. De belangrijkste onderdelen van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zijn de probleem- en determinanten-analyse, gedragsbeïnvloeding en de evaluatie. Hierin is geen plaats voor een analyse van de sociale en culturele context waarin mensen leven. Damoiseaux stelt welliswaar dat '*gedrag diep wortelt in cultuurpatronen, opvoedingssystemen, waarden en groepsnormen*', maar doet geen voorstellen voor een dergelijke analyse, als fase die voorafgaat aan de eigenlijke interventie. De enige consequentie die hij trekt is een pleidooi voor een gefaseerde aanpak (Damoiseaux 1993:24). Ook verschillen tussen groepen, zoals verschillen in perceptie van gezondheid, verschillen in perspectief op de toekomst en verschillen in de invloed die groepen op een individu hebben, zijn geen onderdeel van de analyse. In een ruim 30 pagina's lang hoofdstuk over de analyse van gedragsdeterminanten worden welgeteld acht regels ingeruimd voor 'verschillen tussen groepen' (Schaalma 1993:159). De basis blijft het idee van vrijwillige gedragsverandering. Mensen maken in vrijheid een keuze ten aanzien van gezondheid. Het is een individuele optiek en er is daarmee weinig plaats voor het zoeken naar aansluiting bij collectieve activiteiten van mensen in buurten of bij culturen van gezondheid. Het gaat om de individuele mens die al dan niet verandert. Die aansluiting is op de eerste plaats van belang voor het succes van de voorlichting. Als een voorlichtingsboodschap onvoldoende aansluit bij de beleavingswereld van de ontvanger, kan deze op grote weerstand stuiten. Tertoolen en Van Kreveld (1995:302) stellen dat bij het opzetten van voorlichtingscampagnes teveel wordt uitgegaan van de vooronderstelling dat het verstrekken van informatie leidt tot attitudeverandering, die op haar beurt leidt tot gedragsverandering in de gewenste richting. Uit onderzoek blijkt dat de effectiviteit van voorlichting echter dikwijls gering is. En via het mechanisme van reductie van dissonantie kan attitudeverandering zelfs in de tegengestelde richting plaatsvinden en zo juist tot volharding in bestaand (ongewenst) gedrag leiden. Daarnaast leert aansluiting bij de beleving van de doelgroep ook wat de doelgroep wel of niet beweegt. Om te komen tot een beter aanbod zal de rationaliteit van de doelgroep meege-

nomen moeten worden (Aarts en Van Woerkum 1994).

Vanaf ongeveer 1983 ontstond een variant van de mainstream Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: de *lokale GVO*, *community-benadering* of *lokale gezondheidsinitiatieven*. Uitgangspunt vormen de vragen, wensen en behoeften die geformuleerd worden door de bevolking zelf (Smid en Jonkers 1990:9). Bij deze aanpak wordt de doelgroep niet meer benaderd als een losse verzameling individuen, maar als een gemeenschap. De achtergrond hiervan is dat studies naar de effectiviteit van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding laten zien dat de resultaten mager zijn. Vaak is er sprake van een afromingseffect: juist mensen die de voorlichting het minste nodig hebben, zoals mensen met een relatief hoog inkomen en een hoge opleiding, worden bereikt (Jonkers et al. 1988). In de community-benadering wordt een mix van methodieken uit de Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding gecombineerd met principes uit de *community organization*. Bij de laatste zijn uitgangspunten als bevolkingsparticipatie, intersectorale samenwerking en een netwerkbenadering van belang. De omgeving waarin iemand leeft wordt gezien als bepalend voor een groot deel van iemands gedrag. Willen individuen veranderen, dan moet ook het systeem veranderen waarvan iemand deel uitmaakt. Belangrijk is dat een gemeenschap in staat wordt gesteld iets te doen aan de eigen gezondheidsproblemen, door meer greep te krijgen op factoren die van invloed zijn op eigen gezondheid en welzijn.¹⁷ Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de bestaande situatie. Daarnaast gaat het niet om eenmalige interventies, maar om een continu proces (Van Assema en Willemsen 1993).¹⁸ Om vooral achterstandsgroepen te kunnen bereiken betekent dit praktisch gezien dat gewerkt wordt met:

- * een persoonlijke benadering (bijvoorbeeld door huisbezoek);
- * getrainde vrijwilligers uit de doelgroep;
- * gebruik van zoveel mogelijk communicatiekanalen (de zgn. *media-mix*);
- * voorlichting die gecombineerd wordt met intersectorale samenwerking;
- * voorlichting die via bestaande netwerken en groepen verloopt;
- * een gerichtheid niet op specifiek gedrag maar op het bredere 'lifestyle';
- * nadruk op participatie door de bevolking (Kok en Jonkers-Kuiper 1991:1-2).

De 'klassieke' Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, maar ook de community-benadering is cognitief gericht. Het gaat uiteindelijk toch om voorlichting. Vooral groepen met een goede opleiding profiteren van deze benadering. Daarentegen slaat de benadering slecht aan bij groepen die leven in een armoedecultuur (Walle-Sevenster 1990 en Walle-Sevenster en Kok 1991). Het uiteindelijk effect kan een vergroting van sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn. Het fenomeen ongelijkheid in gezondheid wordt in de mainstream GVO-theorievorming (zoals Damoiseaux et al. 1993) niet aan de orde gesteld. Walle-Sevenster (1990) en Walle-Sevenster en Kok (1991) ruimen er wel plaats voor in.

¹⁷ Opvallend is dat bij Van Assema en Willemsen (1993) het genoemde 'in staat stellen' (vertaling van het Engelse begrip *empowerment*) onproblematisch gecombineerd wordt met een gedetailleerd stappenplan in vijf fasen en 29 subfasen. Er wordt erg veel in geregeld, tot en met het opstellen van een huishoudelijk reglement aan toe.

¹⁸ Een bekend en uitvoerig gedocumenteerd voorbeeld van deze benadering is het project Bergeijk. Het project is geïnitieerd en uitgevoerd door onderzoekers van de Rijkuniversiteit Limburg (Van Assema 1993).

4.4.3 Healthy Cities

Inleiding

In hoofdstuk drie is de 'nieuwe' volksgezondheid beschreven. Het is een reactie op de overheersende medische aanpak van gezondheid en ziekte. In de beschrijving is het Healthy Cities Project naar voren gekomen als een poging om in de steden invulling te geven aan gezondheidsbevordering en aan het streven sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. Het Healthy Cities Project is een beleidstheorie om gezondheidsproblemen in de steden aan te pakken.

De doelstellingen van het Healthy Cities Project worden vanuit de beweging zelf op verschillende manieren beschreven. Hancock en Duhl, de twee 'founding fathers' van het project, noemen als vereisten voor een 'healthy cities strategy' betrokkenheid en participatie op drie niveaus:

1. Commitment of municipal (and where appropriate, regional or national) governments.
2. Involvement of a broad-based coalition/network of community agencies, organizations and groups.
3. Participation by citizens (Hancock en Duhl 1988a:39).

Hancock en Duhl geven het Healthy Cities Project een holistische inslag: alles hangt met alles samen en het geheel is meer dan de som der delen. Gezondheid wordt daarin niet alleen bepaald door de interactie tussen *body*, *mind* en *spirit*, maar ook door het brede verband van het menselijke ecosysteem.

Ook Ketting en De Leeuw (1989) stellen dat gezondheid een resultante is van een complex geheel van determinanten die gezien moeten worden in hun onderlinge samenhang. Maatregelen moeten navenant op uiteenlopende gebieden genomen worden. Zij wijzen verder op het dynamische karakter van het project en op de optimistische visie die eruit spreekt. Doemdenken is het project vreemd. Eerder gaat men op zoek naar nog niet benut potentieel. Kenmerkend is ook de actiegerichtheid. Activiteiten ter bevordering van de gezondheid moeten in nauwe samenwerking met de bevolking zelf worden ondernomen. Een *community diagnosis*, ofwel een *gezondheidsprofiel* wordt van groot belang geacht omdat dit inzicht geeft in de problemen die er onder de bevolking leven en de mogelijkheden voor oplossingen daarvan. De auteurs noemen drie terreinen waarop het Healthy Cities Project zich vooral beweegt: bestrijding van sociale ongelijkheid in gezondheid, milieu-aspecten van gezondheid en de bevordering van een gezonde leefwijze (Ketting en De Leeuw 1989:75-76).

In de Nederlandse situatie worden op lokaal beleidsniveau vaak vier bondige principes voor het Healthy Cities Project gehanteerd:

1. *Bevolkingsparticipatie*. Het is zorg de bevolking zoveel mogelijk te betrekken bij activiteiten en aan te sluiten bij initiatieven van bevolkingsgroepen.
2. *Intersectorale samenwerking*. De sector volksgezondheid werkt samen met andere sectoren. Vooral op lokaal niveau zijn hiervoor de mogelijkheden.
3. *Politieke betrokkenheid*. Dit is nodig om projecten de noodzakelijke legitimatie en midde-

len te geven.

4. *Gegevens als basis*. Beleid hoort op feiten gebaseerd te zijn (Garretsen et al. 1991:71). Intersectorale samenwerking kan gezien worden als het (niet genoemde) uitvloeisel van een integrale benadering van gezondheid. De vier principes kunnen beschouwd worden als een korte maar accurate formulering van de eigen doelstellingen van het Healthy Cities Project. Benadrukt moet worden dat het niet om bewezen werkprincipes gaat, maar om aannamen, ofwel om beleidstheorie in de zin zoals Van de Graaf en Hoppe (1992) dit definiëren. Men vooronderstelt dat bevolkingsparticipatie, intersectorale samenwerking, politieke betrokkenheid en gegevens als basis deugdelijke strategieën zijn om de gezondheid op lokaal niveau te bevorderen. In deze studie worden deze vier principes vooralsnog overgenomen als de beoogde (sub)doelen van het Healthy Cities Project. In de bovenstaande formulering zijn de vier principes dan ook zowel leidraad geworden bij het opsporen van gezondheidsprojecten met een Healthy Cities-achtige aanpak als bij de analyse van de beoogde doelen van deze projecten zoals deze weergegeven wordt in de hoofdstukken 5 en 6.

In deze paragraaf worden hierna twee elementen uit de beleidstheorie van het Healthy Cities Project besproken die om een nadere uitwerking vragen. Als eerste zal aandacht gegeven worden aan het begrip *participatie*. In de literatuur wordt herhaaldelijk gewezen op het belang ervan, maar aan het begrip participatie wordt nauwelijks een uitwerking gegeven. Het lijkt als een vanzelfsprekendheid opgevat te worden (De Leeuw 1991, Cosijn 1992, Ashton 1992, Davies and Kelly 1993). Toch blijkt bevolkingsparticipatie zelden gerealiseerd te worden (Withage en Jonkers-Kuiper 1993). Onduidelijk is wat hiervan de oorzaken zijn. De onderstaande paragraaf is een theoretische verkenning van het begrip. Wat is het belang van participatie? Welke aspecten en vormen van participatie zijn te onderscheiden? Onder welke voorwaarden kan participatie tot stand komen? Wellicht kan een dergelijk analyse bijdragen tot een meer realistische benadering van participatie.

Het tweede begrip dat onderwerp van analyse is, is het *territoriale kader* dat gebruikt wordt. De buurt is de schaal en het aangrijpingspunt van lokaal gezondheidsbeleid. De stadsbuurt wordt gezien als een voor de hand liggend uitgangspunt voor interventie. Maar wat is de moderne stadsbuurt? Wie wonen er? Is de buurt nog te zien als een gemeenschap? Heeft het nog zin mensen als buurtbewoners te benaderen? Welke beperkingen heeft de buurt als aangrijpingspunt voor beleid?

Participatie

Het nieuwe element van lokaal gezondheidsbeleid is, zoals eerder beschreven in hoofdstuk drie, met name participatie. In deze paragraaf wordt eerst gekeken naar de dimensies die bij participatie te onderscheiden zijn. Vervolgens komen definities van het begrip aan de orde en worden verschillende vormen van participatie in lokaal gezondheidsbeleid beschreven. Daarna wordt een poging gedaan het belang van participatie te duiden en tenslotte komen voorwaarden waaronder participatie kan ontstaan aan de orde.

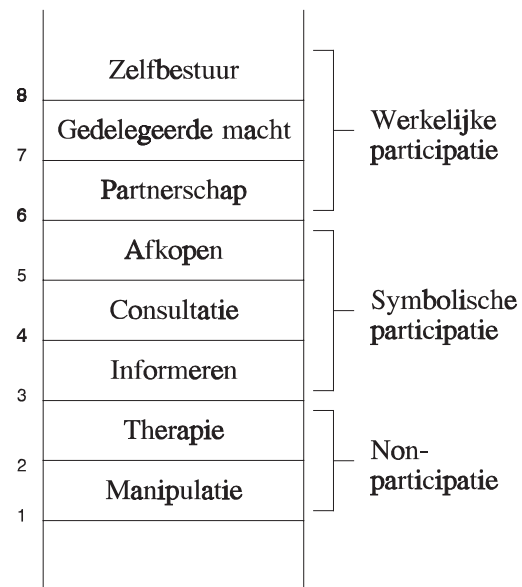
Participatie heeft volgens Richardson (1983) verschillende elementen. Op de eerste plaats

impliceert participatie *activiteit*, in tegenstelling tot apathie. Participatie betekent iets doen, een actieve betrokkenheid. Maar participatie is niet alleen het oppakken van een individuele verantwoordelijkheid. Het vooronderstelt ook *gezamenlijke* activiteiten, gedeeld met andere mensen. Participatie heeft twee hoofdvormen: direct en indirect. Van directe participatie is sprake wanneer er een face-to-face interactie plaats vindt tussen burgers of consumenten aan de ene kant en vertegenwoordigers van overheid, bedrijven of instellingen aan de andere kant. Bij indirecte participatie vindt een dergelijke confrontatie niet plaats. De bekendste vorm hiervan is *politieke participatie* via de parlementaire democratie.

Van Assema (1993) onderscheidt drie dimensies aan het concept *participatie*. Op de eerste plaats is er het *niveau* van participatie. Arnstein (1969) heeft een rangorde gemaakt van verschillende vormen van participatie, variërend van manipulatie tot zelfbestuur (zie Figuur 6). Participatie kan dus een kwaliteit hebben, van uiterst laag (manipulatie) tot hoog (zelfbestuur). De acht sporten op de ladder zijn onderverdeeld in non-participatie, symbolische participatie en werkelijke participatie. Voor het soort van participatie waarnaar in lokaal gezondheidsbeleid gestreefd wordt, lijken alleen de drie kwaliteiten van participatie die onder werkelijke participatie vallen — partnerschap, gedelegeerde macht en zelfbestuur — van belang. Op de tweede plaats kan participatie gezien worden naar de *fase* waarin participatie plaats vindt. Deze kan variëren van participatie bij enkel de implementatiefase van een project

(bijvoorbeeld als consument van een voorziening) tot aan participatie vanaf de probleemdefinitie. Ten derde is er het *aantal mensen* dat betrokken is: veel mensen die in een geringe mate participeren versus weinig mensen die intensief participeren (Van Assema 1993:24). Hieraan kan worden toegevoegd het *bereik* van participatie: gaat het om participatie rond de inhoud van een project, de financiering, de organisatie, of om combinaties daarvan?

Checkoway (1988) biedt een systematische benadering om vormen van participatie in lokaal gezondheidsbeleid te onderscheiden. In een overzichtsartikel over community-based initiatieven om sociaal isolement van ouderen te verminderen en hun gezondheid te versterken doet Checkoway een voorstel om de initiatieven in kaart te brengen. Community-based initiatieven beschouwt Checkoway als georganiseerde activiteiten of formele structuren, die mensen in staat stellen plannen, programma's of diensten op community-niveau te ontwikkelen. Deze activiteiten of structuren brengen mensen bijeen om gemeenschappelijke doelen na te streven,



Figuur 6 Acht sporten op een participatie-ladder (naar Arnstein 1969:217).

om problemen op te lossen of veranderingen te bewerkstelligen. Hij komt tot vijf typen benaderingen of vormen van participatie (hierbij is *community* als *lokaal* vertaald). De criteria die Checkoway ter onderscheiding hanteert zijn het nagestreefde doel en de strategie die gehanteerd wordt om dit doel te bereiken:

Lokale gezondheidsbescherming of -behartiging. Voorbeelden zijn belangengroepen, lobbyisten, consumentenvertegenwoordigingen en advocatencollectieven. Strategieën: lobby, politieke belangenbehartiging, juridische vertegenwoordiging. Doel: vertegenwoordigen van belangen in instituties.

Lokale gezondheidsplanning. Hierbij valt te denken aan planningsraden, gemeentelijke diensten en instellingen. Strategie: programma's plannen op het niveau van de gemeenschap. Doelen: problemen oplossen.

Lokale gezondheidsactie. Hieronder vallen bewonersgroepen, actiegroepen en consumentengroepen. Strategieën: issues vaststellen en organiseren voor sociale en politieke actie. Doelen: veranderen van machtsrelaties, herverdelen van hulpbronnen.

Lokale gezondheidseducatie. Hierbij is te denken aan volwasseneneducatie, zelfhulpgroepen, trainingsprogramma's of campagnes in de media. Strategieën: ontwikkelen van capaciteiten voor het bewustmaken van problemen en de oorzaken ervan. Doelen: ontwikkelen van kennis, vaardigheden en attitudes, vergroten van vertrouwen, competenties en capaciteiten.

Lokale gezondheidsvoorzieningen. Hiermee worden kerken, vrijwilligersorganisaties of buurtorganisaties bedoeld. Strategie: ontwikkelen van lokale programma's en diensten. Doelen: ontwerpen van programma's, verlenen van diensten.

Concluderend blijkt participatie geen eenduidig begrip te zijn, maar het kan aan de hand van verschillende dimensies uiteen gelegd worden. Participatie is gedefinieerd als een gezamenlijke activiteit van mensen en kan direct of indirect zijn. De dimensies van het begrip participatie zijn niveau, fase, aantal betrokkenen, bereik en vorm. De vijf benaderingen van participatie in community-based gezondheidsinitiatieven van Checkoway vormen een bruikbaar analyse-instrument voor lokale gezondheidsprojecten.

Naast deze aantekeningen over de *inhoud* van het begrip is het ook van belang meer helderheid te krijgen over het *belang* van participatie. Om te beginnen zijn er ook argumenten tegen participatie. Zo wordt vaak gesteld dat slechts een minderheid participeert in beleid en zo een veel te grote invloed heeft in vergelijking met de bevolking die door die minderheid gerepresenteerd zou worden. Een ander argument is dat participatie in theorie een goede zaak is, maar in praktijk niet werkt omdat er geen mensen gevonden kunnen worden die een bepaalde groep kunnen vertegenwoordigen. Participatie met quasi-vertegenwoordigers zou dan eerder schadelijk dan positief werken. Een volgend argument is dat van de vervreemde vertegenwoordiger: iedereen die een groep vertegenwoordigt in een bepaald beleid raakt geïnformeerd, moet compromissen sluiten, vervreemdt zich daardoor vervolgens van de eigenlijke groep en vertegenwoordigt tenslotte de groep niet meer (Richardson 1983:64 ev.). Bezemer (1980) analyseert dit laatste verschijnsel als *voorhoedeproblematiek*, veroorzaakt door een ongelijke ontwikkeling tussen voorhoede en achterban.

Ook wordt wel gesteld dat participatie zich tegen de participanten keert, omdat de werkelijk-

ke beslissingen elders genomen worden. Participatie wordt ingezet als legitimatie en maskering van de macht. Een instelling die participatie in het beleid verwerkt, versterkt zo zijn positie. Bij het doordrukken van beslissingen kan immers als belangrijk argument worden gebruikt dat de 'slachtoffers' van het beleid bij de vaststelling ervan zijn betrokken (Richardson 1983).

De nadruk op het positieve belang van participatie van betrokkenen bij lokaal gezondheidsbeleid wordt in de literatuur doorgaans verantwoord door te verwijzen naar uitgangspunten van belangrijke lichamen zoals de WHO¹⁹ of de Nederlandse regering (Nota 2000). Dit lijkt een niet al te sterke basis voor een zo centraal begrip. Waarom is participatie zo belangrijk? We kunnen de volgende punten onderscheiden.

Op de eerste plaats is een belangrijke achtergrond van lokaal gezondheidsbeleid het streven de sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen terug te dringen. Lokaal gezondheidsbeleid kan hierin de functie hebben mensen met een sociaal-economisch zwakke status te ondersteunen bij de bevordering van hun gezondheid. Participatie kan daarin een middel zijn om mensen meer greep te geven op factoren die van invloed zijn op hun gezondheid. Gezondheid heeft, wanneer wordt afgestapt van het idee dat de gezondheidszorg de enige gezondheidsbeïnvloedende factor is, te maken met allerlei niet medisch beïnvloedbare factoren rond leefwijzen en in de fysieke en sociale omgeving (Lalonde 1974). Mensen participeren daar hoe dan ook in, of de gezondheid in het geding is of niet. Davies en Kelly (1993:3) schrijven in dit verband over het Healthy Cities Project: *'Using community participation as a method, it seeks to reduce inequalities, strengthen health gain, and reduce morbidity and mortality.'*

Ten tweede is er een direct verband tussen gezondheid en participatie. Uit de literatuur blijkt dat maatschappelijke participatie een gezondheidsbevorderend effect heeft. Een belangrijke rol speelt het begrip *persoonlijke controle*. Dit begrip hangt nauw samen met participatie. Door een groot aantal onderzoekers is een positief verband gevonden tussen persoonlijke controle — het geloof en de ervaring die men heeft in de mate waarin men gebeurtenissen zelf kan beïnvloeden — en gezondheid (zie Peterson en Stunkard 1989 voor een overzicht). Er worden in de literatuur hiervoor verschillende oorzaken aangeduid:

- * personen met een hoge persoonlijke controle hebben gemiddeld een gezondere leefwijze;
- * ze zoeken bij ziekte vaker medisch advies en volgen dat op;
- * ze zijn vaker in staat crises te vermijden;
- * ze zijn als ze met een crisis geconfronteerd worden beter in staat daarmee om te gaan;
- * ze kunnen betere sociale steun mobiliseren als buffer tegen ziekte;
- * ze hebben waarschijnlijk een beter functionerend afweer-systeem (Peterson en Stunkard 1989:822).

Rodin laat aan de hand van verschillende empirische onderzoeken zien dat de achteruitgang

¹⁹ Op het belang van participatie wordt door de WHO op diverse plaatsen gewezen. In de Verklaring van Alma-Ata (WHO 1978:20) heet het *'people have a right and a duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care'*. In het Ottawa Charter (WHO et al. 1986) wordt *community action* centraal gesteld en datzelfde geldt voor de Health for All strategie, waarin de betrokkenheid van mensen bij gezondheidsvraagstukken de enige manier genoemd wordt waarop veranderingen als de vermindering van gezondheidsverschillen en de versterking van gezondheidsbevordering kan plaats vinden (WHO 1981).

in gezondheid bij ouderen vertraagd of zelfs omgekeerd kan worden wanneer zij meer verantwoordelijkheid krijgen bij het nemen van dagelijkse beslissingen (Rodin 1986:142 ev.).

Een andere claim van participatie heeft — ten derde — te maken met de invloed van participatie op het individu. Daar is eerst het argument van *zelfrespect*. Mensen bouwen zelfrespect op in betrokkenheid bij zaken die hen aan gaan. Maar ook kunnen mensen door te participeren *capaciteiten ontwikkelen* die anders onderontwikkeld zouden blijven (Richardson 1983). Participatie is een middel voor mensen om te ontdekken waar hun werkelijke *behoeften* liggen. Actieve betrokkenheid is zo te zien als een wapen tegen vervreemding. Richardson (1983) citeert Baybrooke: '*People demand to participate sometimes mainly, sometimes simply, because they want to be joked with, gossiped with, applauded, teased, argued with, reassured — in short, to count in the others' eyes as friends or possible friends, as team-mates, or as worthy rivals — perhaps as all three at once.*' (Richardson 1983:57)

Ten vierde kan participatie in gezondheidsbeleid een belangrijk mechanisme zijn bij de totstandkoming van veranderingen in het medisch apparaat. Actieve betrokkenheid van zowel patiënten als geïnteresseerde niet-patiënten houdt de gezondheidszorg onder een 'gezonde druk'. Ook zou het niet bij lokaal gezondheidsbeleid betrekken van de mensen die het aangaat, betekenen dat een groot potentieel aan ideeën, bronnen en vaardigheden rond gezondheid, ziekte en zorg onbenut blijft (Bracht en Tsouros 1990). Zo verhoogt consumentenparticipatie de efficiëntie van het beleid. Kritische consumenten wijzen op de effecten van beleid en brengen zo nieuwe informatie in. En ook hebben actieve consumenten invloed op het beleid zelf. Bij conflicterende doelen tussen consumenten en beleidsmakers kan participatie een sturende werking op het beleid hebben (Richardson 1983).

Tenslotte is participatie een antwoord op beperkingen van het medisch bedrijf. Een toenemend deel van ongezondheid en ziekte is weinig succesvol medisch te behandelen en hangt samen met leefwijzen van de mensen zelf. Vooral kanker en hart- en vaatziekten zijn in dit verband van belang. Als er een beleid mogelijk is om deze aandoeningen terug te dringen, dan kan dat alleen met medewerking van betrokkenen. Zij zullen hun leefgewoonten moeten veranderen. Dit is vervolgens slechts mogelijk wanneer dat beleid de betrokkenen aanspreekt en zij het steunen. Participatie lijkt dus op twee gebieden noodzakelijk te zijn: de betrokkenen zijn de centrale actoren in het gezondheidsbeleid en de betrokkenen moeten het beleid kunnen steunen.

Nu gewezen is op de meer-dimensionaliteit van participatie en op de waarde ervan, is het thans van belang te bezien onder welke *voorwaarden* participatie tot stand kan komen. Westpalm van Hoorn (1975) heeft een zevental voorwaarden geformuleerd wil daadwerkelijke participatie van de grond kunnen komen. Het gaat achtereenvolgens om de volgende punten:

- * Er moet iets aan de hand zijn. Ontevredenheid over een bepaalde situatie kan daarvan een voorbeeld zijn.
- * De burger moet ervaren dat hij of zij er iets mee te maken heeft. De burger moet zich betrokken voelen bij de zaak in kwestie. Belangrijk is welke ervaringen mensen hebben en hoe men die ervaringen interpreteert. De leefwereld van de mensen zelf is met andere

woorden van belang.

- * De burger moet zichzelf in staat achten er iets aan te doen. Een dergelijk 'zelfvertrouwen' is echter niet gelijkelijk over de samenleving verdeeld. Met name groepen met een lage sociaal-economische status hebben weinig vertrouwen in de maakbaarheid van de toekomst.
- * De burger moet verwachten dat zijn of haar handelen ook effect zal hebben, en dat de moeite tegen het resultaat opweegt. De vraag is steeds of de te gebruiken middelen naar verwachting resultaat op zullen leveren. Maar ook of de resultaten de gedane investering zullen rechtvaardigen.
- * De burger moet gemotiveerd zijn om te handelen. Die motivatie zal in de eerste plaats te vinden zijn in het gestelde doel. Maar ook de behoefte om ergens bij te horen of om sociale contacten te hebben, of de behoefte aan informatie kunnen meespelen.
- * De burger moet zijn gedrag positief waarderen en er mag geen negatieve waardering van zijn of haar omgeving zijn. Menselijk gedrag is ingebed in de groepen waarin iemand leeft. Die omgeving heeft invloed op gedrag van individuen en dus ook op participatie.
- * De burger moet een organisatorische vorm vinden die aanspreekt en waarbinnen het handelen met dat van anderen gecoördineerd kan worden. Participatie in vergader-vorm is bijvoorbeeld geen structuur die iedereen aanspreekt.

Participatie van betrokkenen is een wezenlijk element van lokaal gezondheidsbeleid. De typologie van Checkoway in (lokale) gezondheidsbescherming of -behartiging, gezondheidsplanning, gezondheidsactie, gezondheidseducatie en gezondheidsvoorzieningen lijkt bruikbaar om de initiatieven rond lokaal gezondheidsbeleid te beschrijven. Daarnaast blijkt het niveau van participatie belangrijk, dat loopt van manipulatie tot zelfbestuur. Participatie kan ook bekeken worden vanuit de optiek van de fase waarin participatie zijn weerslag vindt (in een range van ontwerp tot implementatie). Vervolgens waren het aantal betrokkenen en het bereik (inhoudelijk, organisatorisch of financieel) van belang. En tenslotte werd duidelijk dat er enkele voorwaarden voor participatie te omschrijven zijn.

Territoriaal kader

Het aangrijpingspunt van lokaal gezondheidsbeleid is territoriaal en is meestal gespecificeerd als *buurt*. De stadsbuurt wordt gezien als een voor de hand liggend uitgangspunt voor interventie. Er zijn praktische overwegingen om het lokale niveau tot speerpunt van gezondheidsbeleid te maken:

- Gezondheidsverschillen manifesteren zich het duidelijkst op lokaal niveau;
- Op lokaal niveau hebben burgers de meeste kans om invloed op beleid uit te oefenen: de instellingen zijn meer nabij, er is wellicht een gedeelde cultuur, de situatie is overzichtelijk;
- Omgekeerd zijn er op lokaal niveau de meeste mogelijkheden om burgers op gezondheid aan te spreken;
- Samenwerking is — onder andere door een kleiner ambtenarenapparaat — op lokaal niveau minder moeilijk te realiseren dan op regionaal of landelijk niveau;
- Beleidmakers nemen op lokaal niveau beslissingen die ook van invloed zijn op hun eigen

- woon- en werksituatie (Ministerie van WVC 1989 en Hancock 1990);
- De klassieke methodiek van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding blijkt lage sociaal-economische groepen niet nauwelijks te bereiken. Een sociale netwerkbenadering op buurtniveau die de daar aanwezige sociale steun versterkt kan daarvoor een alternatief bieden (Walle-Sevenster en Kok 1991);
 - Werken op buurtniveau sluit aan bij de huidige tendens om minder met een planmatige aanpak van bovenaf te werken. In plaats daarvan komt een meer gedifferentieerde sturing op maat, waarbij de betrokkenen zoveel mogelijk ingeschakeld worden (Rijkschroeff 1989).

Soms wordt 'de buurt' echter gelijkgesteld aan 'gemeenschap', zoals bijvoorbeeld blijkt uit het gebruik van het begrip *community* in termen als 'community-based gezondheidsbeleid' (zie hiervoor ook Ten Dam en Rijkschroeff 1991). Het buurtbegrip is de moeite waard nader in beschouwing te nemen.

Zijderveld benadert het denken over de buurt met het begrip *stedelijkheid*. Stedelijkheid was een vorm van een rationele solidariteit die niet langer gebaseerd was op landbezit en familiebanden en ook niet gerelateerd was aan religieuze gemeenschappen, maar sinds de Middeleeuwen voor het eerst stoelde op de factoren arbeid en kapitaal. Stedelijkheid was tevens de wereldbeschouwing en (arbeids)ethos van bourgeoisie als sociale klasse. Het omvatte een bepaalde cultuur, levensstijl, mentaliteit en identiteit. Stedelijkheid was niet lokaal georiënteerd, maar kosmopolitisch en stedelijkheid bleek een sterke culturele creatieve kracht te zijn voor de ontplooiing van wetenschap en kunst. In de stad lag het publieke nog dicht bij het private en waren beiden nog weinig van elkaar gescheiden (Zijderveld 1983:35).

Met de opkomst van de verzorgingsstaat vervaagt deze stedelijkheid. Er treden twee middelpuntvliedende krachten op: aan de ene kant de verstatelijking, het steeds meer incorporeren van taken en zorgen door de overheid, en de privatisering van het dagelijks leven aan de andere kant. Gevolg is een verzwakking van het middenveld. Daarmee verliest de stad haar kracht enerzijds aan de nationale staat en anderzijds aan het private. De stad raakt haar samenbindende energie, die voortkwam uit de wisselwerking tussen het private en het publieke, kwijt. Enkel de puur fysieke ruimte van de stad blijft over (Zijderveld 1983:51). Zijderveld wijst op een citaat uit *De straat* van Jansen: '*De solidariteit van de beginjaren, geboren uit en gevoed door armoede en nood, wordt langzamerhand uitgehold en tenslotte ingeruild voor de wat makkelijker te bevredigen aandacht voor het eigen gezin en de eigen persoon. En wat men ziet naderen is het gezin dat genoeg heeft aan zichzelf, dat de straat de rug toekent.*' (Jansen 1978:126)

De verzorgingsstaat heeft geen duidelijke ideologie of ethos. In plaats van een arbeidsethos komt *consumentisme*, in plaats van het collectieve het *private* en in plaats van de traditionele institutionele normen en waarden komt het *subjectieve*. Zijderveld (1983) noemt dit drietal — consumentisme, privatisering en subjectivisme — de hoekstenen van de moderne verzorgingsstaat. Het consumentisme is passief. Het individu is geneigd niet zelf verantwoordelijkheid te nemen, maar legt deze bij het overheidsapparaat. Zijderveld stelt dat met het vervagen van de *stedelijkheid* buurt en stad geen belangrijke oriëntatiepunten meer zijn. De wijkgedachte — het idee van de wijk als een min of meer gesloten gemeenschap met meer

directe relaties tussen de mensen onderling — kan geen hulpmiddel zijn om de stedelijkheid te revitaliseren. Het zou het terugdraaien van de klok zijn.

Ook Burgers brengt de verminderde betekenis van buurten in verband met de verzorgingsstaat en de toenemende welvaart. Informele netwerken worden hierdoor overbodig. Mensen worden minder afhankelijk van hun naaste bureu. De hulpverlening wordt formeler en minder willekeurig. Een aantekening die hij hierbij maakt is dat in veel onderzoek 'bureu' nogal eng geografisch wordt gedefinieerd. Als verder gekeken wordt dan alleen naar de directe bureu is het de vraag of inmiddels overtuigend aangetoond is dat informele netwerken in buurten de laatste decennia in verval zijn geraakt (Burgers 1988:64-65). Toch is de tendens dat *'mensen in hun habitat, de sfeer van de directe fysieke confrontatie, steeds meer afstand tot elkaar scheppen naarmate zij er meer in slagen, een grotere nabijheid te realiseren met anderen van wie zij fysiek ver verwijderd zijn. (...) In veel gevallen zijn bindingen over grotere afstand voorwaarde voor het beperken van contacten met fysiek nabije anderen.'* (Burgers 1988:166) Het lijkt erop dat mensen in toenemende mate dichtbij contacten verwaarlozen ten gunste van contacten over grotere afstanden. De moderne communicatiemiddelen scheppen hiervoor de mogelijkheden. Sennett (1978) beschouwt het streven naar zelfgekozen persoonlijke relaties als een bedreiging voor het publieke leven. Juist de stedelingen hadden een *civility* ontwikkeld om zich met de talloze vreemden om hen heen te kunnen verstaan. Nu is die *civility* aan het verdwijnen, omdat het door de opkomst van het private overbodig wordt. Daarmee wordt niet alleen het publieke domein zelf bedreigd, maar verleren de stedelingen ook de bedrevenheid zich daarin staande te houden.

Burgers memoreert daarnaast de tendens van de privatisering in het wonen: collectieve woonfuncties zijn geprivatiseerd en opgenomen in de woning, waardoor huishoudens zich van elkaar hebben afgezonderd. Ook binnen de woning heeft zich het proces van privatisering voltrokken, zowel ruimtelijk als relationeel.²⁰ *'Privatisering van het wonen betekent daardoor sociale segregatie: een ongelijke spreiding van verschillende categorieën mensen over de ruimte.'* (Burgers 1988:171) De daarbij noodzakelijke mobiliteit is echter afhankelijk van draagkracht. Het effect hiervan is dat de minder draagkrachtigen geconcentreerd zijn in bepaalde stadsdelen, *'veroordeeld zijn tot hun directe woonomgeving en alleen via de massa-communicatiemiddelen deel hebben aan grotere maatschappelijke eenheden'* (Burgers 1988:172).

Van Engelsdorp Gastelaars werkt die segregatie specifieker uit. Vanaf ± 1900, zo stelt hij, worden stadsbuurten langzaam minder gekenmerkt door de sociaal-economische status van de bewoners, als wel door hun levensstijl. Door kortere werktijden, snellere vervoermiddelen en meer geld om vervoer te bekostigen werd het mogelijk verder van de werkplek af te wonen en de woonplaats te kiezen op grond van woonbehoeften (Van Engelsdorp Gastelaars 1987:33-34). Bevolkingsgroepen met een bepaalde levensstijl — bijvoorbeeld een levensstijl die bepaald wordt door het hebben van kinderen — komen in woonmilieus terecht die

²⁰ Paradoxalerwijze kon deze privatisering zich alleen voltrekken dankzij een sterk toegenomen afhankelijkheid van zeer grootschalige en ingewikkelde technische systemen zoals riolering, waterleiding, elektriciteit, telefoon en dergelijke.

aan hun wensen voldoen. Van Engelsdorp Gastelaars onderscheidt drie typen huishoudens. De *traditionele gezinshuishoudens* bestaan uit een echtpaar met kinderen, waarvan de man buitenshuis werkt en de vrouw het huishouden doet en de kinderen opvoedt. De taakverdeling is dus asymmetrisch. De vrije tijd wordt voor een groot deel in en om de woning doorgebracht. De woonlocaties bevinden zich meestal buiten (de centra van) de grote steden omdat daar prettige woonmilieus met tuinen en weinig verkeer aanwezig zijn. De *kinderloze huishoudens van dertigers en veertigers met beroepsbezigheden* hebben meestal niet zo'n asymmetrische verdeling van taken. Beide partners werken en hebben een chronisch tijdgebrek en een ruim inkomen. Veel huishoudelijk werk wordt derhalve uitbesteed. De woonlocaties van hen bevinden zich juist in de steden omdat daar niet ver van de werkadressen een hoog niveau van voorzieningen aanwezig is. De *jonge startende alleenstaanden* hebben weinig geld en besteden doorgaans weinig tijd aan het huishouden. Er is veel tijd voor vrijetijdsbesteding buitenshuis. De voorkeur voor wonen ligt in de steden omdat daar het rijkste aanbod van vrijetijdsvoorzieningen is en — vanwege het lage budget — goed openbaar vervoer en goedkope woonruimte.

De conclusie kan zijn dat het verschil tussen woonbuurten minder sociaal-economisch bepaald wordt en *'voor een aanzienlijk deel is terug te voeren op de met het verschil in levensomstandigheden en levensstijl samenhangende specifieke woonbehoeften van verschillende bewonerscategorieën'* (Van Engelsdorp Gastelaars 1987:38). De verwachting is dat deze tendens doorzet. *'Met name in metropolitaine gewesten mag in de nabije toekomst dan ook gerekend worden op een krachtige voortzetting van het proces van sociaal-ruimtelijke uitsortering.'* (idem) Dienovereenkomstig is te verwachten dat woonbuurten die van elkaar verschillen naar woningbestand, bebouwingsdichtheid en hun locatie ten opzichte van de stadscentra en de recreatiemogelijkheden, ook meer van elkaar gaan verschillen wat betreft levensomstandigheden en levensstijlen van de bewoners. In woonbuurten waarvan het woonmilieu niet attractief is vindt voortdurend wisseling van bewoners plaats, uitgezonderd van bewoners die niet de middelen hebben om te verhuizen. *'De bevolking is in het algemeen opgebouwd uit bewonerscategorieën die elkaar niet of nauwelijks kennen, elkaar niet hebben uitgezocht als buurtgenoten, nauwelijks gemeenschappelijke waarden en leefregels bezitten en zeker niet uit zijn op intensieve onderlinge omgang. Gereserveerdheid jegens elkaar en beduchtheid voor situaties waarin onderlinge competitie en conflict aan de orde zijn, vormen in deze buurten veeleer de dominante grondhouding van de bewoners.'* (Van Engelsdorp Gastelaars 1987:40)

De negentiende eeuwse wijken rond het stadscentrum bieden wat de bevolking betreft na de genoemde selectieve migratie een gemêleerd beeld. In eerste instantie bleven in de jaren zeventig vooral de ouderen en de armen achter. Hun nieuwe burens zijn vooral starters op de woningmarkt en allochtonen. Voor de starters blijken de oude wijken voor langere tijd een aantrekkelijke plaats om te wonen, omdat het krijgen van kinderen steeds langer wordt uitgesteld. Veel jonge starters — inmiddels dertigers en veertigers met goede banen — blijken ook in de jaren negentig nog in deze wijken te wonen. De gezinnen van de migranten zijn herenigd en ook zij zijn dankzij het aanbod van grotere woningen (na de stadsvernieuwing) in deze wijken blijven wonen. Van de ouderen die indertijd in de wijken 'achterbleven'

zijn er inmiddels veel overleden; er is 'ontgrijzing' opgetreden. Door het grote aandeel van allochtone en autochtone gezinnen zijn deze wijken weer kinderrijk geworden. De zo ontstane heterogeniteit is niet langer een overgangsfase, maar is een vast kenmerk van de negentiende eeuwse wijken geworden (Anderiesen 1993).

Anderiesen en Reijndorp komen tot conclusies die vergelijkbaar zijn met die van Van Engelsdorp Gastelaars. Zij hebben onderzoek gedaan naar de Indische Buurt in Amsterdam: *'Intensieve sociale netwerken zijn we nauwelijks in ons onderzoek tegengekomen. Ze zijn er wel, maar klein van omvang en meestal bestaande uit familieleden die in de buurt zijn gebleven en een enkele kennis.'* Ook de meeste bewoners van het eerste uur behouden liever afstand, juist ten opzichte van hun eigen groep. *'Men wijst dan op het gekanker, op het geroddel of op het ontbreken van gemeenschapszin' (..) 'Leven en laten leven is misschien wel het kenmerk van een 'stedelijke' levenswijze.'* (Anderiesen en Reijndorp 1990:90-91) *'Ook binnen de andere groepen vinden we in de buurt geen intensieve contacten. Men heeft wel contact met 'soortgenoten', vaak zelfs alleen maar, doch deze contacten zijn niet aan de buurt gebonden.'* (..) *'Ten aanzien van geen enkele groep kunnen we spreken van een subcultuur die gebonden is aan de buurt. Het samenwonen met zoveel verschillende mensen leidt ook niet tot een gevoel deel uit te maken van een heel apart buurtje.'* (idem: 91-92) Kortom: bij het samenleven van verschillende groepen in de buurt kan gesproken worden van *gescheiden werelden*, waarbij groepen op een heel verschillende manier gebruik maken van de stedelijke ruimte.

Overigens nam Van Doorn al in de jaren vijftig stelling tegen het concept van de 'wijkgedachte'. Deze gedachte strookte niet met de realiteit in de wijken. De wijk als een deel van de stad wordt volgens Van Doorn gekenmerkt door *heterogeniteit*, een sterke *rolsegmentatie* en een *behoefte aan afstand en anonimiteit*. De sociale werelden van de wijkbewoners overlappen elkaar niet. Een samenhang op wijkniveau is daarom een illusie, ontsproten aan de in Nederland bekende emotionele en moreel gefundeerde verwerping van de stad en verheerlijking van het platteland (Van Doorn 1958). Anderiesen en Reijndorp stellen dat Van Doorn anno 1990 ongetwijfeld nog veel meer gelijk heeft dan in de jaren vijftig. *'De mate van heterogeniteit en de rolsegmentatie zijn alleen maar groter geworden. De sociale werelden van onze respondenten overlappen elkaar soms maar op één punt: het trappenhuis. De verschillende betekenissen die de wijk heeft, maakt integratie op wijkniveau tot een illusie.'* (Anderiesen en Reijndorp 1990:122) Zij constateren dat er bij de meeste groepen bijzonder weinig is dat mensen specifiek bindt aan de wijk. Een exclusieve vorm van buurtgebondenheid komen zij in de grote steden nog maar weinig tegen.

In lokaal gezondheidsbeleid wordt soms uitgegaan van een concept van *buurtgemeenschap*. Er wordt sterk gerekend op overeenstemming tussen bewoners en gebruikers van een buurt als het gaat om belangrijke waarden en verwachtingen. Coöperatie wordt gezien als de gebruikelijke omgangsvorm. Door lokale overheden en diensten wordt overwegend het concept van de evenwichtige buurt aangehangen. Bedoeld wordt dan een buurttype met een naar levensstijl en levensomstandigheden gemengd opgebouwde doorsnee bevolking, met een daarbij passend doorsnee bestand van woningen en voorzieningen, en met een door immobilititeit bewerkstelligde autochtone culturele identiteit. Met name in de stedelijke gewesten is

dit een zo langzamerhand niet meer beleefd ideaal. Het lijkt zinnig van dit concept af te stappen. Streven naar coöperatie kan wellicht beter vervangen worden door streven naar vreedzaam samenleven. *'In dit verband heeft een op de buurt als geheel gerichte beheerstrategie waarbij het doel is de lokale vrede te bewaren, de buurt als 'arena' een groter werkelijkheidsgehalte dan een strategie waarbij de optie is tot buurtgemeenschapsvorming te komen, de buurt als 'domein' van een lokale 'gemeenschap'.'* (Van Engelsdorp Gastelaars 1987:41). Ook recentelijk stelt Van Engelsdorp Gastelaars (1996) dat er in Nederland geen collectief gedeelde territoriale kader kunnen worden aangetoond, of buurten met een hechte vervlechting. *'Intensieve interne vervlechting op lokaal niveau is, vooral in verstedelijkte gebieden, momenteel vrijwel nergens meer aan de orde.'* (p. 140) Ook is nauwelijks meer sprake van een collectieve consensus of een buurtidentiteit. Hooguit is er enig buurtbesef omdat men elkaar tegenkomt en omdat er op buurtniveau enige institutionalisering is (bijvoorbeeld buurtbladen, scholen, kerken). Overigens wordt in lokale gezondheidsprojecten in vooral Amsterdam en Rotterdam eerder gestreefd naar vreedzaam samenleven (bijvoorbeeld bij de bestrijding van racisme en onveiligheid) dan dat men zich oriënteert op een wijk- of buurtgedachte.

Een heel ander probleem zijn de mogelijkheden en beperkingen die het lokale niveau biedt als aangrijpingspunt voor gezondheidsbeleid. Hoe zinvol is het om op het territoriaal niveau van de buurt of wijk gezondheid te bevorderen en gezondheidsverschillen te verkleinen? Hierboven zijn enkele voordelen genoemd van dit schaalniveau. Zo zouden gezondheidsverschillen zich het duidelijkst op lokaal niveau manifesteren. Daarbij hebben burgers op lokaal niveau de meeste kans om invloed op beleid uit te oefenen. De instellingen zijn immers meer nabij, er is wellicht een gedeelde cultuur en de situatie is overzichtelijk. Omgekeerd zijn er op lokaal niveau de meeste mogelijkheden om burgers op gezondheid aan te spreken. Onder andere door een kleiner ambtenarenapparaat is samenwerking op lokaal niveau minder moeilijk te realiseren dan op regionaal of landelijk niveau. Bovendien nemen beleidsmakers op lokaal niveau beslissingen die ook van invloed zijn op hun eigen woon- en werksituatie. Tenslotte zijn er op buurtniveau mogelijkheden voor een netwerkbenadering.

Daartegenover staat de analyse die in hoofdstuk twee gemaakt is over sociaal-economische gezondheidsverschillen. De belangrijkste determinanten die deze verschillen versterken of in stand houden zijn opleiding, beroep en inkomen. Maar dit zijn factoren die nauwelijks op een beperkt territoriaal niveau als de stadsbuurt zijn te beïnvloeden. De verdeling van opleiding, beroep en inkomen is geen zaak die op buurt- of stedelijk niveau tot stand komt. Zelfs landelijk beleid in deze heeft beperkingen omdat nationale economieën onderdeel zijn van een mondiale economie. De vraag is wat gezondheidsbeleid tot stand kan brengen, als het aangrijpingspunt het lokale niveau is en dientengevolge de belangrijkste factoren die gezondheid en ongezondheid produceren — opleiding, beroep en inkomen — buiten schot moeten blijven.

De vergelijking dringt zich op met programma's in het kader van de *War on Poverty* in de Verenigde Staten in de jaren zestig. Deze programma's waren gericht op het creëren van economische kansen en op het vergroten van de individuele capaciteiten van de armen, maar waren niet gericht op het verbeteren van de inkomenspositie van deze groepen (Heclo 1994).

Jackson stelt dat de War on Poverty veel retoriek bevatte, maar tot weinig resultaten kwam. Het bleef een programma van bovenaf, vooral ten gunste van de (zwarte) middengroepen. Zeggenschap over het sociale beleid bleef in handen van de lokale elites. Minderheden en armen bleven uitgesloten van beslissingen die hun leven aangaan (Jackson 1993:407). Doorslaggevend was dat het programma de armen geen banen, inkomen en macht bracht. Er werden maatregelen genomen rond lastenverlichting en arbeidstraining, maar er zijn geen programma's gestart om banen op de stedelijke arbeidsmarkten te creëren. Jackson schrijft dat de aard en de oorzaken van armoede vooral werden beschreven in termen van gedrag en cultuur en niet in termen van economische en politieke structuur. Het ging om het verbeteren van menselijk kapitaal, om de 'genezing van zieke gemeenschappen', om het doorbreken van de armoedecultuur, of om het weer herstellen van gebroken gezinnen. De structurele problemen van de lage lonen, van het tekort aan geschikte banen, van de systematische discriminatie bij werkgevers en bonden, en van de onvoldoende middelen van bestaan van de werklozen, werden niet aangepakt. Veel van het geld van het programma ging naar artsen, onderwijzers, aannemers en bankiers die de door de overheid in het kader van de War on Poverty gesubsidieerde diensten verleenden. Een beperking van de War on Poverty was de gerichtheid op de lokale context. Het voordeel ervan was weliswaar dat er veel mensen bij betrokken konden raken. De plaatselijke instellingen werden versterkt en op lokaal niveau werd er leiderschap ontwikkeld. Maar de oorzaken van armoede lagen en liggen niet op lokaal niveau. Lokale armoedebestrijding heeft geen vat op het nationale beleid en op economische ontwikkelingen. Daarvoor is een nationale aanpak nodig (Jackson 1993:417ev).

Al met al blijkt de stadsbuurt als het territoriale kader voor lokaal gezondheidsbeleid niet onproblematisch te zijn. Er lijkt een meer gedifferentieerde aanpak nodig, die meer aansluit bij de huidige oriëntaties van stedelingen. Bovendien is — gezien de determinanten van gezondheid — een aanpak op buurtniveau niet vanzelfsprekend als het gaat om het bevorderen van gezondheid of het terugdringen van gezondheidsverschillen.

4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is betoogd dat lokaal gezondheidsbeleid niet alleen op te vatten is in termen van gezondheidsbevordering, maar ook aspecten in zich draagt van medicalisering en disciplineren. Problemen die voorheen sociaal, economisch of politiek van aard waren, verschijnen nu als gezondheidsproblematiek op de agenda. De medische bemoeienis is niet enkel neutraal, maar een vorm van sociale controle. Gebleken is echter dat met name de theorie over disciplineren te weinig recht doet aan de mogelijkheid voor individuen of groepen om te ontsnappen aan medicalisering en disciplineren. De theorie over communicatief handelen van Habermas vult dit gemis aan en laat zien hoe disciplineren ook het tegendeel oproept: verzet en vrijheid. In dit licht kan lokaal gezondheidsbeleid tevens worden beschouwd als een poging gezondheid in een nieuw en minder individualiserend kader te herdefiniëren.

Op de tweede plaats bleek de theorie over medicalisering te eenzijdig negatief. Aan de hand van het werk van Bourdieu is te zien dat gezondheid ook positief als 'kapitaal' ingezet kan worden. Het is mogelijk gezondheid als instrument voor sociale stijging te gebruiken. En tenslotte zijn de theorieën over medicalisering en disciplineren te weinig specifiek om te laten zien hoe de mechanismen van medicalisering en disciplineren voor verschillende maatschappelijke groepen steeds verschillend uitpakken. Om deze problemen te ondervangen is het concept *culturen van gezondheid* ontwikkeld. Niet iedereen gaat op dezelfde manier met gezondheid om en gezondheid heeft niet in ieders leven dezelfde plaats. Met behulp van de culturele theorie zijn vijf verschillende culturen van gezondheid te onderscheiden: de individualistische, fatalistische, hiërarchische, conformistische en de autonome culturen van gezondheid. Lokaal gezondheidsbeleid zal zich — wil het beleid succesvol zijn — reenschap moeten geven van de cultuur van gezondheid van de doelgroep.

Naast deze meer algemene sociaal-wetenschappelijke concepten kwamen twee beleidstheorieën aan de orde. Als eerste beleidstheorie is Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding voor het voetlicht gebracht. Betoogd is dat deze methodiek sterk cognitief georiënteerd is en slecht aansluit bij de groepen met weinig opleiding. Als het gaat om het verkleinen van gezondheidsverschillen ten gunste van groepen met een mindere gezondheid, kan de methodiek in haar tegendeel verkeren en gezondheidsverschillen juist vergroten. Vooral groepen met een goede opleiding profiteren het meest van cognitieve voorlichting.

Als tweede beleidstheorie zijn de werkprincipes van het Healthy Cities project beschreven. Twee thema's zijn uitgediept: het participatie- en het buurtbegrip. Ondanks het gegeven dat een belangrijke doelstelling als participatie door de bevolking zelden gerealiseerd wordt, werd het begrip tot nu toe nauwelijks geanalyseerd. Uit de literatuur blijkt dat de typologie van Checkoway in (lokale) gezondheidsbescherming of -behartiging, gezondheidsplanning, gezondheidsactie, gezondheidseducatie en gezondheidsvoorzieningen bruikbaar is om de initiatieven rond lokaal gezondheidsbeleid te beschrijven. Daarnaast blijkt het niveau van participatie belangrijk, dat loopt van manipulatie tot zelfbestuur. Participatie kan ook bekeken worden vanuit de optiek van de fase waarin participatie zijn weerslag vindt (in een range van ontwerp tot implementatie). Vervolgens bleek het aantal betrokkenen en het bereik (inhoudelijk, organisatorisch of financieel) van belang. En tenslotte bleek dat er enkele voorwaarden voor participatie te omschrijven zijn.

Wat betreft het buurtbegrip blijkt de vertaling van *het lokale* in lokaal gezondheidsbeleid naar *de buurt* blijkt niet te handhaven. De benadering van een buurt als geheel is te grof. De moderne stadsbuurt is een mozaïek of zelfs een arena van groepen met verschillende oriëntaties op de buurt. Er is een benadering nodig die gedifferentieerder is en meer aansluit bij de uiteenlopende oriëntaties van stedelingen. Tenslotte is een aanpak op buurniveau niet onproblematisch als het gaat om het beïnvloeden van de determinanten van gezondheid of het terugdringen van gezondheidsverschillen. De belangrijkste determinanten die deze verschillen versterken of in stand houden zijn opleiding, beroep en inkomen en dit zijn factoren die nauwelijks op een beperkt territoriaal niveau als de stadsbuurt zijn te beïnvloeden.

5 Gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten, Canada en Nederland

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk doet verslag van twee onderzoeken die in de periode 1990-1992 zijn gedaan naar lokale gezondheidsprojecten. Het eerste onderzoek vond plaats in de Verenigde Staten en Canada, het tweede onderzoek betrof Nederland. Het onderzoek naar deze projecten was verkennend van aard. De lokale aanpak van openbare gezondheid was toen vrij nieuw. Het was als start belangrijk om een eerste inzicht te krijgen wat er nu feitelijk in de praktijk terug te vinden is van de uitgangspunten van lokaal gezondheidsbeleid. Het Healthy Cities Project heeft daarbij model gestaan. De projecten zijn opgespoord en onderzocht aan de hand van de doelstellingen zoals die rond het Healthy Cities Project worden geformuleerd: gezondheidsbevordering, gegevens als basis, intersectoraal werken, politieke binding, participatie en het territoriale kader. De nadruk in dit hoofdstuk ligt dus vooral op de *bedoelde* effecten van dergelijke projecten, zoals de actoren die zelf omschrijven, en niet op de eventuele *onbedoelde* effecten waarvoor in het voorafgaande hoofdstuk een analysekader is geschetst. Het gaat niet om een evaluatie van de projecten, maar om een beschrijving van de manier waarop wordt vorm gegeven aan de eigen doelstellingen. De beschrijving van de projecten is dan ook vrij schetsmatig en impressionistisch van aard.

Hieronder worden in paragraaf 5.2 de resultaten weergegeven van het verkennend onderzoek ter plaatse naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten en Canada. In paragraaf 5.3 komen de resultaten van een inventarisatie van dergelijke projecten in Nederland aan de orde. In paragraaf 5.3.3 worden enkele vergelijkingen gemaakt tussen de Verenigde Staten en Canada aan de ene kant en Nederland aan de andere kant. Tenslotte worden in paragraaf 5.4 op grond van de onderzoeksresultaten de eigen doelen van lokaal gezondheidsbeleid geproblematiseerd en worden voorstellen gedaan voor een meer gedifferentieerde beschrijving. In hoofdstuk zes, dat gaat over recent lokaal gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland, vindt vervolgens op basis van deze voorstellen een meer systematische analyse plaats.

5.2 Oriëntatie: gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten en Canada

5.2.1 Inleiding

In 1990, toen het eerste empirisch materiaal voor dit onderzoek verzameld werd, functioneerden er nog weinig herkenbare projecten in Nederland op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid. De verwachting was dat onderzoek naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten en Canada verhelderend kon werken. In de Verenigde Staten, maar vooral in Canada zijn de ontwikkelingen naar een nieuw gezondheidsbeleid eerder begonnen. Al in 1974 schreef Lalonde, de toenmalige minister van gezondheid van Canada, *A new perspective on the health of Canadians* (Lalonde 1974), waarin hij een geïntegreerd model van gezondheidsbepalende factoren presenteerde. De stad Toronto organiseerde in 1984 een conferentie over *Healthy Toronto 2000* (City of Toronto 1984) en publiceerde in 1988 een omvattend gezondheidsplan voor de hele stad (Board of Health 1988). De provincie Ontario heeft sinds 1987 een innovatieve raad voor vernieuwing op het gebied van gezondheid op het hoogste regeeringsniveau: de Premiers Council on Health Strategy. De raad heeft een groot stimuleringsfonds voor lokale gezondheidsprojecten in haar beheer. In de Verenigde Staten bestaat er — onder andere vanwege een geringe centrale overheidsbemoeienis — een lange traditie in de lokale aanpak van problemen, ook op het gebied van gezondheid. Het lag daarom in de verwachting dat de Verenigde Staten en Canada verder zouden zijn in de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid dan Nederland op dit punt was. Een onderzoek naar de praktijk van lokale gezondheidsprojecten zou richtinggevend en inspirerend kunnen werken voor onderzoek naar dergelijke projecten in Nederland. Vooraf aan een inventarisatie en beschrijving van lokale gezondheidsprojecten in Nederland is daarom een verkennende studie gedaan naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten en Canada.

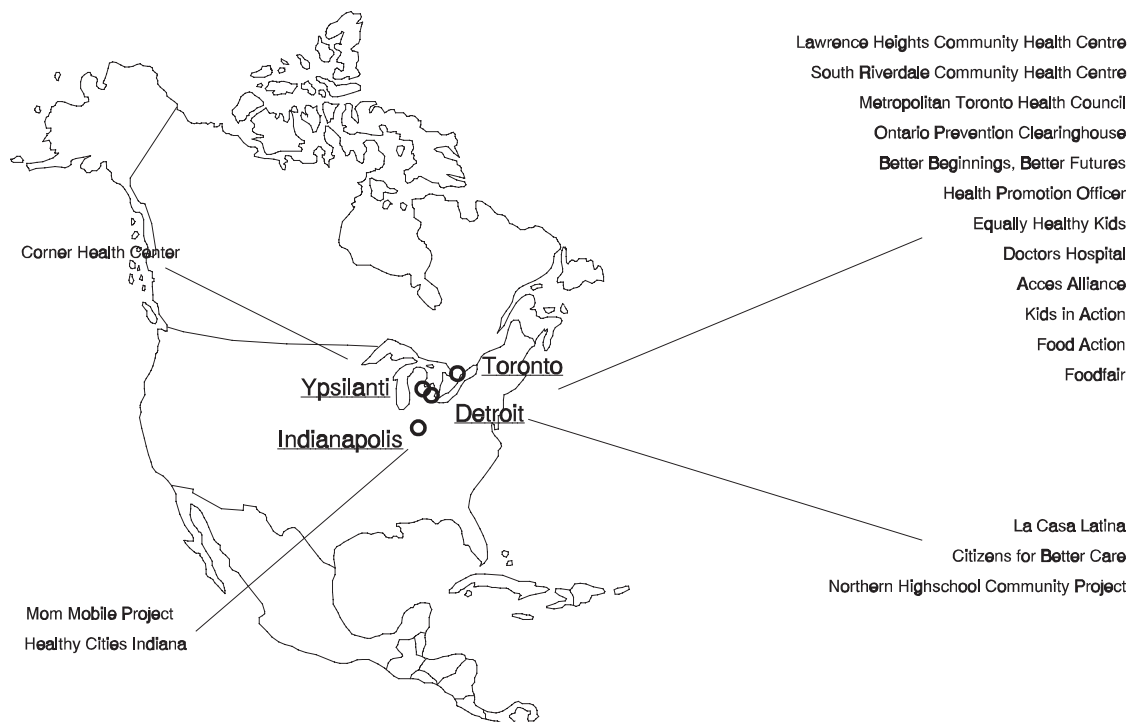
Bij de selectie van projecten is contact gezocht met twee personen als gids, één voor elk land. Bij de keuze van de gidsen hebben de volgende criteria meegespeeld:

- * bekendheid met de discussies rond gezondheidsbeleid
- * kennis van zaken van de praktijk van het lokale gezondheidsbeleid
- * contacten met andere deskundigen op het gebied van gezondheidsbeleid
- * bereidheid contacten te leggen en het veldwerk mede voor te bereiden.

Na gesprekken en correspondentie zijn uiteindelijk Barry Checkoway (Ann Arbor, Michigan) en Trevor Hancock (Toronto, Ontario) bereid gevonden als gids voor respectievelijk de Verenigde Staten en Canada op te treden.¹

¹ Checkoway is hoogleraar aan de School of Social Work aan de University of Michigan en heeft een lange ervaring in onderzoek naar diverse aspecten van gezondheidsbeleid. Hij publiceerde onder andere over de invloed van zorgverleners en consumenten op het zorgbeleid (1979, 1981 en 1982), over de participatie van burgers bij de planning van gezondheidszorg (1981), over strategische perspectieven op de planningspraktijk (1986), over community-based initiatieven rond de gezondheid van ouderen (1988) en over community participation bij gezondheidsbevordering (1989). Checkoway heeft een uitgebreid netwerk van contacten binnen en buiten de academische wereld.

Hancock geldt als een van de founding fathers van de Healthy Cities beweging. In 1986 schreef hij samen met de Amerikaanse stadssocioloog Leonard Duhl *Promoting health in the urban context*. De tekst werd het programmatische paper voor de eerste Healthy Cities conferentie in Lissabon 1986 (Duhl en Hancock 1986) en uitgewerkt tot de eerste Healthy Cities publikatie van de WHO (Duhl en Hancock 1988a). In 1988 deed hij voor de tweede Health Promotion conferentie in Adelaide verslag van de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid van de stad Toronto (Hancock 1988). Ook in 1988 publiceerde hij (samen met Duhl) *A Guide to Assessing Healthy Cities* (Duhl en Hancock 1988b). Verder verschenen van zijn hand diverse analyses en modellen rond het concept Healthy Cities



Figuur 1 Onderzochte projecten in de Verenigde Staten en Canada

Met Checkoway en Hancock is overleg gevoerd over geschikte projecten om te bezoeken. Met de meeste projecten is vooraf contact gelegd. Met sommige was dat pas ter plekke te realiseren. Uiteindelijk zijn in oktober en november 1990 in de Verenigde Staten en Canada de volgende projecten onderzocht (zie Figuur 1)²:

- 1 Acces Alliance, Toronto
- 2 Better Beginnings Better Futures, Toronto
- 3 La Casa Latina, Detroit
- 4 Citizens for better care, Detroit
- 5 Corner Health Center, Ypsilanti, Michigan
- 6 Doctors Hospital, Toronto
- 7 Equally Healthy Kids, Toronto
- 8 Foodaction, Toronto

(onder andere Hancock 1990 en 1993). Hancock heeft aan de wieg gestaan van de ontwikkeling van het lokale gezondheidsbeleid in Toronto en kent de lokale initiatieven aldaar als geen ander. In 1990 was hij zowel in dienst van het Department op Public Health van Toronto als vrijgevestigd 'public health consultant' in dezelfde stad.

² De studiereis werd mogelijk gemaakt door een subsidie van de Nederlandse organisatie voor wetenschappelijk onderzoek (NWO).

- 9 Foodfair, Toronto
- 10 Health Promotion Officer, Toronto
- 11 Healthy Cities Indiana, Indianapolis
- 12 Kids in Action, Toronto
- 13 Lawrence Heights Community Health Centre, Toronto
- 14 Metropolitan Toronto Health Council, Toronto
- 15 Mom Mobile Project, Indianapolis
- 16 Northern Highschool Community Project, Detroit
- 17 Ontario Prevention Clearinghouse, Toronto
- 18 South Riverdale Community Health Centre, Toronto

Voor het onderzoek naar lokale gezondheidsprojecten is een lijst opgesteld van criteria waaraan deze projecten moesten voldoen voor opname in het onderzoek. Het betreft praktische zaken zoals bijvoorbeeld het stadium waarin een project minimaal moet verkeren, als ook de inhoud. Bij de selectie op basis van de inhoud werd teruggegrepen op het 'nieuwe gezondheidsbeleid' dat beschreven is in het derde hoofdstuk. In concreto betekent dit dat aangesloten is bij de centrale elementen van het Healthy Cities project. Uitgegaan is van de eerder aangehaalde definitie van het Healthy Cities Project zoals die in de Nederlandse context gebruikt wordt.

Bevolkingsparticipatie bij lokaal gezondheidsbeleid betekent dat mensen van buiten het professionele circuit betrokken zijn bij ontwerp, besluitvorming, uitvoering of evaluatie van een gezondheidsproject. *Gegevens als basis* betekent dat lokaal gezondheidsbeleid niet gebaseerd is op vermoedens of ideologie, maar op empirische gegevens. *Intersectorale samenwerking* houdt in dat uitgegaan wordt van een integrale benadering van gezondheid, waarbij niet alleen de zorgsector, maar ook andere maatschappelijke terreinen betrokken zijn. *Politieke betrokkenheid* is nodig om projecten de noodzakelijke legitimatie en middelen te geven.³ Voor dit onderzoek is het criterium van politieke betrokkenheid alleen als criterium op de achtergrond meegenomen. Het zou anders betekenen dat allerlei vaak zeer kleinschalige projecten in stadsbuurten waarbij nog geen politieke betrokkenheid is gerealiseerd, buiten het onderzoek zouden vallen.

Ter afgrenzing van het medische aspect is het criterium *bevordering van gezondheid* ingevoerd. Het gaat niet om initiatieven die bestrijding van ziekte tot doel hebben, maar om een positieve en brede benadering van gezondheid. In het Healthy Cities Project is deze benadering een onderliggend uitgangspunt (WHO et al. 1986). Dat geldt ook voor de gedachte dat

³ Politieke betrokkenheid werd in eerste instantie vooral door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gepropageerd als een van de doelen waarnaar het Healthy Cities Project diende te streven. Het wordt vooral opgevoerd als een criterium voor de toelating van steden tot Healthy Cities projectsteden: een projectstad heeft aan de eis van een sterke politieke betrokkenheid te voldoen. Voor de WHO was het samenwerken met steden een geheel nieuwe lijn. Tot dan toe had de WHO enkel samengewerkt met nationale staten. De doelstellingen die gebruikelijk gestalte kregen op het nationale niveau, kregen nu een vertaling op het plaatselijke en stedelijke niveau (Cosijn 1992:25). Vandaar dat men zorg droeg voor een goede band met de stadsbesturen. Maar ook voor de gemeentelijke gezondheidsdiensten is politieke betrokkenheid een voorwaarde. Immers, zonder een politiek fiat is de ontwikkeling van nieuw beleid voor een gemeentelijke dienst een doodlopende weg.

het nieuwe gezondheidsbeleid een sterk *lokaal* karakter heeft (Hancock 1990) en vooral de *steden* tot speerpunt van dat beleid maakt (Kickbusch 1989). Tenslotte is een praktisch onderzoekscriterium toegevoegd: lokale gezondheidsprojecten zijn pas onderzoekbaar wanneer het stadium van plannen maken gepasseerd is en het project minimaal in de *fase van uitvoering* is.

De gehanteerde criteria voor de te onderzoeken projecten zijn in Kader 1 *cursief gedrukt* weergegeven. Aan de voorwaarden moet *tegelijkertijd* worden voldaan. Samenvattend heeft het onderzoek betrekking op:

Gezondheidsprojecten in een stedelijke context in de fase van uitvoering, die op basis van empirische gegevens en een integrale benadering tot doel hebben, middels intersectorale samenwerking op buurniveau, gezondheid te bevorderen, waarbij participatie door de bevolking centraal staat.

Voor het onderzoek naar de lokale gezondheidsprojecten is een vragenlijst opgesteld. Het eerste deel hiervan is afgeleid van een ontworpen typologie zoals beschreven in Ten Dam en Rijkschroeff (1991).⁴ De typologie onderscheidt — op grond van twaalf criteria — vijf benaderingen in lokale gezondheidsprojecten. De typologie heeft gefunctioneerd als oriëntatiepunt aan het begin van het onderzoek. Het tweede deel van de vragenlijst bestaat uit een aantal achtergrondvragen.

De vragenlijst is in oktober en november 1990 bij alle 18 projecten afgenomen. De interviews zijn op band opgenomen en later in hun geheel schriftelijk vastgelegd. Bij de analyse is ook gebruik gemaakt van schriftelijk materiaal dat bij de bezoeken steeds zoveel mogelijk werd verzameld.

In de analyse is geprobeerd met behulp van het eerste deel van de vragenlijst een helder beeld te verkrijgen van de projecten. De meeste projecten konden onder uiteenlopende aspecten ingedeeld worden en konden op deze wijze onder meer dan een benadering worden getypeerd.

5.2.2 De projecten

In deze paragraaf wordt het meest typerende van de achttien projecten beschreven. Het geeft een beeld van de grote diversiteit van deze lokale gezondheidsprojecten.

Acces Alliance, Multicultural Community Health Centre, Toronto

⁴ De typologie is geschreven op basis van een indeling van community-based gezondheidsinitiatieven van Checkoway (1988). De typologie is gebaseerd op de manier waarop participatie in lokaal gezondheidsbeleid gestalte krijgt.

<u>aspect</u>	<u>invulling</u>
participatie	Er is sprake van <i>participatie door de betrokken bevolking</i> in minimaal één van de fasen van een project: ontwerp, besluitvorming, uitvoering of evaluatie.
schaal	Op een geografische schaal die loopt van internationaal, via nationaal en gemeentelijk naar buurt of wijk, gaat het om projecten die aansluiten bij de schaal zoals die door mensen in hun dagelijkse woon- en leefwereld ervaren wordt. Het gaat om <i>lokale of buurtgerichte</i> projecten.
doel	Het nieuwe volksgezondheidsbeleid wordt gekenmerkt door een positieve en brede benadering van gezondheid. Het gaat dus om projecten die <i>bevordering van gezondheid</i> tot doel hebben, en niet bestrijding van ziekte.
benadering	Gezondheid wordt gezien als samenhangend met maatschappelijke, culturele, economische en fysieke factoren. De definitie van gezondheid is een brede. De benadering is derhalve <i>integraal</i> .
sector	Één van de elementen uit het nieuwe gezondheidsbeleid is de samenwerking tussen disciplines of beleidssectoren. In de onderzochte projecten is sprake van <i>intersectorale samenwerking</i> tussen de sector van de gezondheid(szorg) en minimaal één andere discipline of sector.
basis	Projecten zijn niet gebaseerd op vage vermoedens of ideeën, maar zijn onderbouwd met <i>empirische gegevens</i> .
verstedelijking	Het gaat om projecten in een <i>stedelijke context</i> . Klassieke kenmerken zijn grootte, dichtheid en heterogeniteit. Daarbij worden vaak genoemd de culminatie en cumulatie van maatschappelijke problemen.
fase	Om een project te kunnen beschrijven moet een project in de fasering die loopt van initiatief, besluitvorming, uitvoering naar evaluatie minimaal in de fase van <i>uitvoering</i> zijn.

Kader 1 Criteria voor de te onderzoeken projecten

Etnische en culturele verschillen werken sterk door in de beleving van gezondheid. In Toronto is daaruit de consequentie getrokken met de vestiging, sinds januari 1989, van een eerstelijns gezondheidscentrum voor vier minderheidsgroeperingen, gedragen door gezondheidswerkers uit de etnische groepen zelf. Het gaat om de Vietnamese, de Koreaanse, de Portugese en de Spaanstalige gemeenschappen van de City of Toronto. Het centrum, Acces Alliance, wordt bestuurd door een Board of Directors, waarin uit elke gemeenschap 3 personen zitting hebben. Via onderzoek en bijeenkomsten is per gemeenschap uitgezocht welke manier van werken het meest aan de behoeften tegemoet zou komen. Acces Alliance heeft twee sporen waarop gewerkt wordt: eerstelijns gezondheidszorg en health promotion. Een belangrijk element vormen de tolken die door het centrum getraind en betaald worden. De tolken zijn degenen

die de afspraken tussen artsen en patiënt maken en aanwezig zijn bij bezoek. Acces Alliance kan haar werkzaamheden in 19 talen verrichten. Het verder ontwikkelen van de community wordt gezien als belangrijk voor het bevorderen van gezondheid.

Better Beginnings, Beter Futures, Toronto

Better Beginnings, Beter Futures is in feite een stimuleringsfonds. Na onderzoek dat uitwees dat 1/7 van de kinderen in Ontario psychische behandeling nodig heeft, is een geïntegreerd model ontwikkeld voor preventie van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen. De nadruk ligt op intersectorale samenwerking, kleinschaligheid (50 tot 300 kinderen), buurtgerichtheid en toegankelijkheid. Er is 3,3 miljoen dollar beschikbaar gesteld. In maart 1990 is er een uitnodiging voor projectvoorstellen uitgegaan. Er kunnen 6 tot 8 projecten gaan lopen. Elk project duurt 5 jaar (1 jaar ontwikkeling, 4 jaar uitvoering) en is gericht op lage inkomens risicogroepen. De projecten worden tijdens de uitvoering en tot 20 jaar na de start onderzocht door een interdisciplinair team van onderzoekers. Het Ministry of Health beslist in samenwerking met twee andere ministeries in november 1990 welke van de 58 ingediende projectvoorstellen gehonoreerd worden. Het project is ondergebracht bij The Ontario Prevention Clearing House.

La Casa Family Services, Detroit

La Casa is in 1969 gestart als een verslavings-centrum voor Hispanics in een van de armste wijken in het Zuidwesten van Detroit. Ondanks de sterke toename van het aantal AIDS-gevallen binnen de etnische groeperingen kwamen er in Detroit pas in 1988 projecten van de grond die tot doel hadden binnen de spaanstalige gemeenschap te werken rond AIDS en kreeg het centrum geld voor AIDS-bestrijding en -preventie. Het centrum geeft voorlichting via scholen en kerken, werkt met gezinnen en vrouwen via de methode van Paolo Freire, neemt AIDS-testen af en doet social casework. Op verzoek van verslaafden is een lunchproject opgezet. Het is een van de grote problemen van verslaafden: goed eten. Door de maaltijden voelen de verslaafden zich gerespecteerd. Dit schept ruimte om over AIDS-preventie te praten. Opvallend is het inhuren van mensen uit de buurt, die na een training, als preventiewerkers optreden.

Citizens for Better Care, Detroit

Citizens for Better Care is een organisatie ter behartiging van de belangen van ouderen in verpleeghuizen ('long term care') en hun naaste familieleden. Het project is kleinschalig en gericht op directe participatie van betrokkenen, maar niet buurt- of stadsdeelgericht. De strategie is naast het ondersteunen van patiënten en familieleden gericht op coalitievorming en op het openbaar maken van misstanden: 'show the emperor has no clothes on'.

Ontario Prevention Clearing House, Toronto

Het Ontario Prevention Clearing House is opgericht op initiatief van het Ministry of Community and Social Services met de bedoeling een netwerk te ontwikkelen van werkers rond *health promotion* en primaire preventie. Het Clearing House functioneert als vraagbaak voor

iedereen met vragen op het gebied van health promotion en primaire preventie: programma's, adressen (8000 stuks), literatuur (3000 titels op computer), subsidies en dergelijke. Ook kan men terecht voor begeleiding en advies. Het Clearing House kan helpen wanneer iemand een subsidieverzoek voor bijvoorbeeld een drugsprogramma wil schrijven en indienen. Een belangrijke methodiek is als een soort makelaar initiatieven met elkaar in contact te brengen ('networking').

Corner Health Center, Ypsilanti Michigan

De aanleiding voor het ontstaan van het Corner Health Center was bezorgdheid over het grote aantal tiener zwangerschappen in Ypsilanti, vooral onder zwarten met lage inkomens. Uit nader onderzoek bleek dat dit aantal acht maal hoger lag dan in het naburige Ann Arbor. De zuigelingensterfte lag er 60% hoger. De tieners maakten, onder andere door het gebrek aan openbaar vervoer, geen gebruik van de veelal goede voorzieningen in Ann Arbor. Op initiatief van enkele gezondheidswerkers is in 1981 het Corner Health Center geopend. De diensten die verleend worden zijn: medische zorg, verloskunde, opvoedkunde en advies. Daarnaast is een 'outreach educational program' ontwikkeld. Aan instellingen voor jongeren en aan kerken worden health promotion programma's aangeboden. Doel is het aantal tiener zwangerschappen terug te dringen en gezondheidszorg te bieden aan jongeren van 12 tot 21 jaar uit de lage inkomens groepen. Het bestuur van het centrum wordt gevormd door leden van de plaatselijke gemeenschap: professionals van andere instellingen, zakenlieden, advocaten en enkele middelbare scholieren. Ze worden op individuele basis aangezocht. Op het moment zijn er zestien andere hulpverleningsinstellingen voor tieners in de staat Michigan. Corner Health Center is daarvan de oudste en de grootste.

Doctors Hospital, Toronto

In 1968 werden alle ziekenhuizen in Canada publieke instellingen. Elk ziekenhuis wordt bestuurd door een Community Board. Voor de meeste ziekenhuizen is de band met de community een formele gebleven. Doctors Hospital is daarin verder gegaan en is vanaf het begin van de jaren tachtig begonnen met programma's die betrekking hebben op de directe omgeving van het ziekenhuis. Die omgeving is tweeledig opgevat: aan de ene kant de wijk waarin het ziekenhuis staat, en aan de andere kant de verschillende etnische gemeenschappen die gebruik maken van het ziekenhuis. De 'ondertitel' van het ziekenhuis is Multicultural Community Health Campus. Er lopen 'outdoor programs' rond drugs en jongeren, op het gebied van geestelijke volksgezondheid, over zwangerschap en ouderschap en programma's voor etnische vrouwen. De zeggenschap van de community over het ziekenhuis is geformaliseerd in het Community Advisory Committee.

Equally Healthy Kids, Toronto

In 1985 is een grootschalig onderzoek gehouden naar de gezondheidstoestand van kinderen van 4 tot 16 jaar in Ontario. Er bleek onder andere dat 16 tot 20% van de kinderen een slechte geestelijke gezondheid had. Naar aanleiding van een workshop daarover is in Lakeshore, een wijk in het zuidwesten van Toronto, het idee geboren daadwerkelijk die factoren

te versterken die de gezondheid van kinderen kunnen beschermen. Vanaf 1988 zijn de volgende projecten opgezet: een ondersteuningsgroep voor ouders, programma's voor kinderen na school, een ontbijtclub, een groep die werkt aan de verbetering van recreatieve voorzieningen en een groep die de lage inkomens kinderen en hun ouders probeert te bereiken. Uiteindelijk moet het project een verbetering bewerkstelligen in de gezondheid van kinderen in de lagere inkomens. Professioneel wordt het project ondersteund door een coördinator, twee community workers en een onderzoeker. Typerend voor dit project is dat men de opzet heeft dat de kinderen zichzelf organiseren. Voor de werkers die dit ondersteunen is de voortgang op deze wijze slechts beperkt voorspelbaar. Een groep kinderen die maskers aan het maken waren, kwamen aan de praat over een onveilige oversteekplaats en ze besloten er iets aan te gaan doen. Nu komen ze elke dinsdagmiddag bij elkaar en praten ook over betere parken en over het opzetten van een teenager centrum.

Food Action Project, Toronto

Het Food Action Project in Toronto werkt sinds 1987 met arme gemeenschappen aan de ontwikkeling van projecten die gericht zijn op de verbetering van de voeding. De aanpak daarvan kan variëren van de verbouw van groente en fruit in gezamenlijke tuinen, bulkinkoop van voedsel, voedsel-coöperatieven en bustrips naar boerderijen tot avonden met gezamenlijke warme maaltijden. Het project hanteert een model van ondersteuning en versterking van individuen en van de community. Food Action probeert mensen te ondersteunen hun geld aan groenten en fruit uit te geven in plaats van aan drugs en alcohol. Fruit zelf halen op een boerderij is aantrekkelijker en goedkoper. De projecten worden opgezet in samenwerking met (buurt)groepen en met instellingen zoals de community centres.

Metropolitan Toronto District Health Council, Toronto

De Metropolitan Toronto District Health Council is een lokale raad die adviseert aan het Ministry of Health (provincie Ontario). Van de adviezen op het gebied van gezondheid en zorg(planning) die de raad uitbrengt wordt zo'n 75% gevolgd. De raad heeft drie geledingen: 1/3 consumenten, zonder banden met gezondheidszorg, 1/3 betrokkenen bij de gezondheidszorg en 1/3 lokale politici. Er bestaan geen verkiezingen voor de raad. De leden worden individueel via advertenties aangezocht. In de provincie Ontario bestaan nu 28 van dergelijke raden. Het functioneren van de raden is in een stroomversnelling geraakt sinds de instelling van de Premiers Council on Health Strategy in 1987. Dit is een overleg van de belangrijkste ministers uit het kabinet van Ontario, aangevuld met adviseurs op het terrein van gezondheid en gezondheidszorg. De Premiers Council probeert voor Ontario een invulling te geven aan het actieprogramma Health for All by the year 2000 van de World Health Organization. De rol van de District Health Councils wordt daarin groter.

Kids in Action, Toronto

Aan de University of Toronto is het idee ontstaan om op buurtniveau een health promotion project met kinderen te ontwikkelen. Het belang van het betrekken van kinderen bij health promotion was door de initiatiefnemers al beschreven in een artikel in *The Canadian Journal*

of Public Health (Hart-Zeldin et al. 1990:196-198). In wekelijkse lessen definiëren kinderen van ongeveer 10 jaar in de loop van een schooljaar hun buurt Lawrence Heights in schema's als goed/slecht, gezond/ongezond, veilig/onveilig etc. Ze kiezen hun prioriteiten, maken een actieplan, voeren dat uit in samenwerking met instanties die ze zelf uitkiezen en evalueren tenslotte het project. De voornaamste bedoeling van het project is kinderen te laten ontdekken welke factoren effect op gezondheid hebben en ze te laten ervaren dat ze er invloed op uit kunnen oefenen. Het project heeft eenmaal gelopen. Er is inmiddels een handboek geschreven.

Lawrence Heights Community Health Centre, Toronto

Het Gezondheidscentrum is een particuliere stichting en wordt bestuurd door een Board of Directors waarin buurtbewoners 9 van de 15 zetels bezetten. Het centrum is in 1975 opgericht en heeft een klinische staf en een staf health promotion. De klinische staf bestaat uit artsen, verpleegsters, een (parttime) psychiater en een diëtist. Tot de health promotion staf behoren twee ouderenwerkers, een medewerkster van de 'Womans health action group', een stafkracht voor alfabetisering, een stafkracht voor community development en de medewerkster voor Kids in Action. Subsidie komt met name van het Ministry of Health. Lawrence Heights is een buurt met lage inkomens en bestaat geheel uit sociale woningbouw. In de jaren na de bouw in de jaren vijftig was de bevolking overwegend samengesteld uit blanke, engelstalige gezinnen. Nu is de buurt een bont mozaïek van blanken en zwarten, van engelstaligen, italianen, spaanstaligen, arabieren en chinezen, voor een klein deel levend in traditioneel gezinsverband en voor 70% als alleenstaande ouders. De filosofie van het Health Centre is dat gezond zijn meer is dan niet ziek zijn. Om gezond te zijn is een goede plaats om te leven nodig, voedsel, schone lucht en water, naast veiligheid, familie en vrienden. Het Health Centre wil een bijdrage leveren aan 'a healthier place to live' en 'to help people to stay well, be active, and cope with daily stress'.

Maternity Outreach Mobile Project, Indianapolis

Essentieel voor dit project zijn de 'community health workers': betaalde niet-professionele krachten die geworven worden in dezelfde wijk waarop het project zich richt. Doelgroep van het project zijn zwarte zwangere teenage vrouwen uit een verpauperde wijk van Indianapolis. De community health workers zijn 'locals' — jonge zwarte vrouwen uit dezelfde buurten als de doelgroep — die de leefwereld van de doelgroep begrijpen en met hen overweg kunnen. Aanleiding voor het project was de ontdekking van een onverwacht hoge zuigelingensterfte onder arme jonge zwarte vrouwen. Dat gegeven werd een belangrijk issue in de City Council, die zich op zijn beurt een belangrijke steun voor het project toonde. De lokatie van het project is een multi-functioneel buurtcentrum. De Indiana University verzorgt het management. De hulp die geboden wordt heeft het sterftcijfer onder zuigelingen aanmerkelijk doen dalen en bestaat uit hulp bij het vinden van een dokter, bij het verkrijgen van Medicaid, Food Stamps, adviezen over stoppen met roken, drinken en druggebruik, omgaan met stress en voorlichting over zwangerschap. Huisbezoeken door de 'community health workers' zijn een centrale methode. Een ander onderdeel van het project is prenatale hulpverlening en onderzoek met onder andere een echoscanner, waarmee afwijkingen in de zwangerschap

vroegtijdig opgespoord kunnen worden. De scanner is geïnstalleerd in een tot prenatale kliniek verbouwde bus en bedient een achttal wijken. Het klinische team werkt nauw samen met het team in de wijk. De bus ziet er '*strikingly attractive*' uit en maakt het MOM-project zeer zichtbaar. De bus is op de lokale TV en in de buurten een symbool geworden van de strijd tegen de hoge sterfte onder zuigelingen. Voor de media bleek ook het idee van huisbezoeken door vrijwillige en getrainde jonge vrouwen een aantrekkelijk onderdeel van het project.

Healthy Cities Network Indiana

In 1990 waren in de Verenigde Staten in navolging van de Europese landen in twee staten — California en Indiana — Gezonde Steden Netwerken ontwikkeld. In Indiana gaat het om de zes plaatsen Indianapolis, Gary, Fort Wayne, New Castle, Jeffersonville en Seymour, in inwonertal variërend van 800.000 (Indianapolis) tot 15.000 (Seymour). Het Healthy Cities Indiana netwerk ondersteunt de lokale comitees om oplossingen te vinden voor de huidige complexe gezondheidsproblemen. Eén van de manieren om te werken aan de doelen van Healthy Cities die in Indiana sterk ontwikkeld is, zijn de 'Kids Surveys'. Tot nu toe worden kinderen nog nauwelijks betrokken bij health promotion. Het Netwerk Indiana stelt dat kinderen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de vaststelling van de sterke en zwakke kanten van de gezondheidstoestand van de steden. In de surveys wordt gevraagd wat de kinderen van hun woonplaats vinden: wat is leuk, waar is het gevaarlijk of vuil, wat vinden ze van drugs etcetera. De bedoeling is dat op den duur kinderen ook deel gaan uitmaken van de plaatselijke Healthy City groep. Andere projecten die het Netwerk aanpakt zijn recycling, openbaar vervoer, prenatale zorg en misdaadbesteding. Men hanteert met andere woorden een brede definitie van gezondheid. Ook de samenstelling van de comitees is breed: het zakenleven, bestuurders, gemeenteambtenaren, gezondheidswerkers en vakbonden. Healthy Cities Indiana probeert aan te sluiten bij een bredere beweging rond milieu en gezondheid.

South Riverdale Community Health Centre, Toronto

In 1960 werden in de wijk South Riverdale ziektes geconstateerd die te maken leken te hebben met de looduitstoot van een loodsmelterij in de wijk. Sindsdien is er actie gevoerd om erkend te krijgen dat de loodvergiftiging veroorzaakt wordt door de smelterij en om de fabriek te verplaatsen. Vanaf 1974 functioneert het Health Centre in de wijk. De opzet ervan is vergelijkbaar met die van Lawrence Heights. Zij het dat het Centre, vanwege de oorsprong in de strijd tegen de smelterij, een sterkere actiecomponent heeft. In het zogenaamde Heart Health Equity project werkt het Centre samen met Acces Alliance, FoodShare en het Department of Public Health Toronto. Het project wil laten zien dat hart- en vaatziekten teruggedrongen kunnen worden door eliminatie van psychische en sociale risicofactoren en door verbetering van sociale en omgevingscondities. Ook moet het project duidelijk maken dat community development een effectieve strategie is om gezondheidsrisico's aan te pakken en om gezondheid te bevorderen. Dit project verkeert in de fase van opzet en fondsenverwerving.

Food Fair, Food Action Project, Toronto

Elke vrijdagmiddag rijden een paar vrijwilligers uit de wijk Lawrence Heights met een busje naar de veiling in Toronto. Ze kopen daar voor enkele honderden dollars groente en fruit. Terug in het Community Centre worden de etenswaren uitgestald op schragen in het gymzaaltje. Aan het eind van de middag, en verder op de zaterdagochtend, kunnen de bewoners van Lawrence Heights daar groente en fruit kopen voor prijzen die de helft tot een derde zijn van de prijzen in reguliere winkels in Toronto. Dankzij deze markt eten de armen in Lawrence Heights regelmatig groente en fruit. Zonder de Food Fair is voor veel van hen gezond eten een sluitpost op een krap budget. Het startkapitaal is geleend door het Community Health Centre. De begeleiding is door Food Action.

Community Health Officers, Toronto

Voor de Community Health Officers van het Department of Public Health in Toronto is werken aan gezondheid slechts dan mogelijk wanneer een brede definitie van gezondheid wordt gehanteerd. Dat wil zeggen een definitie waarbij ook werk, geld, opleiding, alfabetisme, misdaad, vervuiling, openbaar vervoer en voeding betrokken kunnen worden. Strategieën om bewoners te overtuigen van het belang van gezondheidsbevordering hebben nauwelijks succes. Men legt er de nadruk op dat slechts datgene ècht werkt, dat bewoners als belangrijk naar voren schuiven. Ook als dat in de ogen van de professionals niet zinnig of onhaalbaar is. Wanneer resultaten worden gemeten in 'toename van gezondheid' of 'afname van risicogedrag' kan ten onrechte de suggestie worden gewekt dat gezondheid prioriteit heeft in een buurt of gemeenschap. Succes kan ook gemeten worden aan de mate waarin 'people organize themselves', zoals een medewerkster van een Department of Public Health het uitdrukte. In de grond betekent dit dat werkers van openbare gezondheidsdiensten een community- of opbouwwerkbenadering als uitgangspunt voor hun werk kiezen.

Northern Highschool Community Project, Detroit

Northern High is een verpauperde zwarte wijk in Detroit. Een twaalfstal organisaties die betrokken zijn bij de wijk werken inmiddels twee jaar samen aan verbetering van vooral de omstandigheden van de jeugd. Het samenwerkingsverband wordt ondersteund door United Community Services, een stedelijke instelling. Voorheen werkten instellingen en individuen onafhankelijk van elkaar in de buurt. De doelstellingen die het samenwerkingsverband zich stelt zijn samenwerking tussen de instellingen, fund raising en het opzetten van activiteiten. Kenmerkend voor de programma's die ontwikkeld worden is een samenhang tussen de bemiddelen, educatie, creatie van banen, alternatieven voor uithuisplaatsing, bestrijding van drugs- en alcoholverslaving en sociaal werk. Op dit moment is men bezig een 'teencenter' te starten. Het moet een opvangcentrum voor jongeren worden, dat jongeren middels begeleiding weer enig houvast geeft en teweer stelt tegen de inmiddels normale gang naar drugs en criminaliteit. Een probleem is de betrokkenheid van de buurt. Het samenwerkingsverband (en ook de subsidiënt, de Kellogg Foundation) wil de buurt geen projecten opleggen. Dit ondanks het feit dat er een samenhangend programma klaar ligt. Het probleem is hoe de buurt te activeren zonder een stramien op te leggen.

5.2.3 Bevindingen

Het onderzoek naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten en Canada leverde een aantal nieuwe gezichtspunten op die van nut kunnen blijken in het vervolgonderzoek naar dergelijke projecten in Nederland. Achtereenvolgens komen de kenmerkende doelen aan de orde: het streven naar gezondheidsbevordering, gegevens als basis, intersectorale samenwerking, politieke betrokkenheid, participatie en het territoriale kader.

Gezondheidsbevordering

Veel projecten in de Verenigde Staten en Canada tonen — onder de paraplu van het uiteindelijke doel gezondheidsbevordering — een combinatie van een concrete dienst waaraan behoefte is gebleken en daaraan gekoppeld educatie en preventie. Dit samengaan van dienst en educatie en preventie is te vinden bij Acces Alliance (etnische georiënteerde medische zorg en voorlichting), het MOM-project (echo-scanning en voorlichting), La Casa Latina (maaltijden en AIDS-preventie), de Community Health Centres (diverse medische diensten gekoppeld aan preventieve en voorlichtingsactiviteiten), het Corner Health Center (gyneacologie, verloskunde en health promotion programma's) en bij Equally Healthy Kids (onder andere een ontbijtvoorziening gecombineerd met preventie). Het hoofddoel van bijvoorbeeld het Corner Health Center in Ypsilanti, Michigan is het terugdringen van het aantal tienerzwangerschappen. Dat doel is echter niet rechtstreeks via voorlichtingsprogramma's te bereiken. Men heeft gekozen voor de weg van de oprichting van een zorginstelling. Hier wordt de kwaliteit van zwangerschap en bevalling verbeterd en van daar uit is het centrum een startpunt voor voorlichting en preventie. Het aanbod van uitsluitend een educatief programma acht men niet effectief. Er is in dat geval geen concrete dienst, het is niet zichtbaar in de wijk en er is geen plek waar men het project kan vinden. De voorlichtingsactiviteiten vinden op deze manier geen aansluiting bij de doelgroep en hebben geen effect. Het lijkt erop dat het creëren van een zichtbare plek in de wijk een manier is om mensen meer bij een initiatief te betrekken. Zichtbaarheid betreft dan zowel de concreetheid van de dienst of activiteit, als de fysieke zichtbaarheid in de wijk.

Het vaststellen van de resultaten blijkt een probleem bij veel projecten. Men constateert dit zelf ook. Verbetering van de gezondheid van de doelgroep — meestal het einddoel van de projecten — is slechts op zeer lange termijn meetbaar. De meeste projecten zijn zich hiervan bewust. Maar een realiteit is dat de opdrachtgevers zoals fondsen of de lokale overheid wél tastbare resultaten op afzienbare termijn willen zien. Projecten komen daaraan vaak tegemoet door als het ware een stap terug te doen en doelen te kiezen die minder direct betrekking hebben op gezondheid, maar daarmee wel een voorondersteld verband hebben. Het gaat dan om doelen als: verbetering van het handelen rond gezondheid (zoals verandering in eetgewoonten), toename van de kennis op het gebied van gezondheid, activering rond gezondheid, of zelfs grotere bekendheid met het bestaan van het betreffende project. Ook wordt de bruikbaarheid van het project als pilot-project wel als doel opgegeven. Vaak wordt daarnaast de versterking van de lokale gemeenschap (community) als een indirect doel van

lokaal gezondheidsbeleid genomen. Een goed sociaal netwerk in een buurt wordt gezien als bevorderend voor de gezondheid.

Bij andere projecten daarentegen is de meetbaarheid van de resultaten geen enkel probleem. Zo is in samenwerking met de University of Michigan vastgesteld dat sinds de start van het Corner Health Center het aantal teenage-zwangerschappen in Ypsilanti tussen 1981 en 1985 met 56% verminderd is. Elders in Michigan is zo'n daling niet vastgesteld. De zuigelingensterfte daalde tussen 1981 en 1983 met 48%, terwijl dat cijfer in het naburige Ann Arbor constant bleef. Ook het MOM-project in Indianapolis meet met een dergelijke maat. Van de 54 baby's die in het eerste half jaar onder de hoede van het project werden geboren bleken er vier (7%) een te laag geboortegewicht te hebben tegenover 14% normaal. De projecten die gestart worden in het kader van Better Beginnings, Better Futures wordt intensief onderzocht op resultaten. Een interdisciplinair team van onderzoekers volgt het project tijdens de looptijd en tot 20 jaar na afloop.

Bestrijding van ontoelaatbare gezondheidsverschillen wordt weinig expliciet in de doelstellingen van projecten genoemd. Maar het speelt des meer een impliciete rol. Bijna alle projecten zijn immers gericht op sociaal-economische zwakkere groepen en juist deze groepen hebben een gemiddeld mindere gezondheid en worden met meer gezondheidsrisico's geconfronteerd. Vaak zijn dat etnische minderheden, bewoners van een achterstandsbuurt of juist de combinatie daarvan. Overigens bleek dat ook de beter gesitueerden veel gebruik maken van een instelling als bijvoorbeeld Doctors Hospital omdat ze de buurtgebondenheid van het ziekenhuis waarderen. Ook South Riverdale Community Health Centre meldt dat ook beter gesitueerden — een groep waarvoor het Centre niet bedoeld is — gebruik maken van de diensten van het centrum. De reden daarvoor is dat men het een goede manier van dienstverlening vindt en het belangrijk vindt via een bewonersbestuur controle over die dienstverlening te hebben.

Gegevens als basis

Aan de meeste projecten ligt geen systematisch onderzoek ten grondslag. Er zijn enkele uitzonderingen. Zo heeft Acces Alliance vooraf aan het project onderzoek gedaan naar de gezondheidsbehoeften in de vier etnische gemeenschappen. Ook aan Better Beginnings, Better Futures ligt onderzoek naar de gezondheid van in dit geval kinderen ten grondslag. De projecten rond teenage-zwangerschappen in Michigan en Indianapolis zijn beide terug te voeren tot verontrusting over het hoge geconstateerde percentage zwangerschappen op jonge leeftijd en de hoge zuigelingensterfte.

Intersectorale samenwerking

Samenwerking tussen instellingen binnen en buiten het terrein van gezondheid en zorg is een fenomeen dat in de meeste projecten aan te treffen is. In de projectbeschrijvingen zijn uiteenlopende samenwerkingsverbanden te vinden tussen instellingen als ziekenhuizen, gezondheidscentra, consultatiebureaus, gezondheidsvoorlichting, drugshulpverlening en -bestrijding, buurthuizen, opbouwwerk, scholen en buitenschoolse opvang, kerken, maatschappelijk werk, databanken (clearing houses) en voedselcoöperaties. De Metropolitan Toronto

District Health Council in Toronto heeft een expliciete taak in het organiseren van structuur en samenwerking op het gebied van gezondheid en zorg. De Community Health Centres in Toronto zijn in zichzelf intersectoraal van aard. In de centra werken naast klinische disciplines uit de gezondheidszorg (artsen, verplegenden) ook disciplines als sociaal werk, buurtwerk, alfabetisering en gezondheidsvoorlichting.

Politieke betrokkenheid

Better Beginnings, Better Futures is een project dat rechtstreeks door de politiek gedragen en gefinancierd wordt. Dat geldt ook de Metropolitan Toronto District Health Council en de Community Health Officers in Toronto. In het geval van het Maternity Outreach project in Indianapolis speelde een probleem dat tot bezorgdheid in de gemeenteraad leidde: een hoge zuigelingensterfte onder jonge zwarte vrouwen. De gemeente heeft dan ook financieel aan het project bijgedragen.

De meeste, vooral kleinschalige initiatieven in buurten zijn echter niet in politiek beleid ingekaderd en ontvangen geen overheidssteun.

Participatie

Een brede definitie van gezondheid is niet alleen een programmatisch uitgangspunt van veel projecten, het geeft daarnaast ruimte om aan te sluiten bij wat mensen in hun omgeving belangrijk vinden, ook al heeft dat vanuit het project gezien niet direct met gezondheid te maken. Het biedt mensen de mogelijkheid in te stappen op activiteiten die 'neutraler' zijn dan gezondheid. Doelen die een directere relatie met gezondheid hebben kunnen bedreigend zijn en daardoor mensen afstoten. Vaak hebben die doelen een directe relatie met het persoonlijk leven van mensen: roken, drinken, medicijngebruik, zwaar werk of slechte behuizing.

Om gezondheid te bevorderen pakt Lawrence Heights Community Health Centre zaken aan die daar traditioneel niet bij horen zoals veiligheid, analfabetisme en armoede. Ook Equally Healthy Kids in Toronto heeft activiteiten die direct betrekking hebben op gezondheid, en initiatieven rond verder weg liggende zaken als een roulerende oppas voor kinderen of een actie voor meer recreatiemogelijkheden na school. De Community Health Officers in Toronto gaan er expliciet vanuit dat het weinig zin heeft mensen direct op gezondheid te benaderen. Alleen zaken die mensen zelf als belangrijk naar voren schuiven kunnen werken. Het gaat erom die zaken vervolgens een kans te geven, hoe ver ze ook van gezondheid in engere zin af staan. Ook South Riverdale Community Health Centre hanteert een brede definitie van gezondheid, maar wil zich niet verliezen in de volle breedte van de ongelijke verdeling van werk, opleiding, inkomen en wonen. De activiteiten van het centrum op het gebied van health promotion hebben steeds ook een raakvlak met de 'smalle' alledaagse betekenis van gezondheid en gezondheidsbedreigende condities: drugs, geweld, gif en dergelijke. Healthy Cities in Indiana heeft ook een dergelijke (ruime) benadering: men richt zich op de thematiek rond milieu en gezondheid.

Van de achttien onderzochte projecten in de Verenigde Staten en Canada zijn er zeven expliciet op etnische groepen gericht. Bij al deze projecten wordt er veel aandacht besteed aan het bereiken van de etnische doelgroep. Het inschakelen van getrainde vrijwilligers uit

de etnische gemeenschap zelf is daarbij een belangrijk middel. Men is op La Casa Latina echter van mening dat onbetaald vrijwilligerswerk een *middle class* concept is dat niet past bij de arme etnische groepen waarop het centrum zich richt. Wanneer mensen armoede lijden, besteedt men de tijd aan pogingen om geld te verdienen of geld uit te sparen. Vrijwillig onbetaald werken is daarbij niet aan de orde. Het project werkt dan ook niet met vrijwilligers, maar enkel met betaalde krachten die men zoveel mogelijk aantrekt uit de doelgroep. Vaak zijn het mensen die zelf bijvoorbeeld verslaafd zijn geweest en behoren tot een van de doelgroepen van het centrum: zwart of hispanic. Bij La Casa Latina gaat men ervan uit dat AIDS-preventie alleen dan kan slagen als het gebeurt met medewerking van de betreffende etnische groepering zelf. Hulpverlening en preventie moeten daarom uitgevoerd worden door mensen van de etnische groepering zelf. Preventief gedrag is niet van buitenaf op te leggen. Ook bij het Maternity Outreach Mobile (MOM) project in Indianapolis zijn de 'community health workers' essentieel: betaalde, niet-professionele, maar getrainde krachten die geworven worden in dezelfde wijk waarop het project zich richt. De community health workers zijn 'locals' — jonge zwarte vrouwen uit dezelfde buurten als de doelgroep — die de leefwereld van de doelgroep begrijpen en met hen overweg kunnen. Ze gebruiken hun eigen netwerk en hun kennis van de buurt om de vrouwen uit de risicogroep op te sporen en contact met hen te leggen.

In de meeste projecten wordt ervan uitgegaan dat de mensen zelf expert zijn op het gebied van hun eigen gezondheid. Mensen kunnen zelf het beste aangeven wat in hun omgeving als gezond of ongezond wordt ervaren, om van daar uit te proberen controle te krijgen over die omgeving. *'Basicly it's empowering the community to take control over the certain stances which they feel are impacting on their lifes.'*⁵ Het werken met vrijwilligers uit de doelgroep past goed bij deze visie. Het doet een project beter aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep en is zo een betere garantie voor een betrokkenheid van de bevolking bij het project. In het Northern Highschool project in Detroit gaat men zelfs zover dat men een project dat financieel rond is stopt en wacht op initiatieven uit de buurt omdat men niet top-down wil werken.

Kids in Action en de projecten in het Healthy Cities netwerk in Indiana laten zien dat kinderen naast een passieve rol als risicogroep en doelgroep voor preventie, ook een rol kunnen spelen als onderzoekers en participanten met een actieve bijdrage aan health promotion. Ook bij het project Equally Healthy Kids in Toronto organiseren kinderen zichzelf.

Een veelvoorkomende manier om mensen bij een project te betrekken is mensen te vragen zitting te nemen in het bestuur resp. adviesraad van de betrokken instelling of van het initiatief zelf (Acces Alliance, Corner Health Center, Doctors Hospital, District Health Council, de Community Health Centres, Healthy Cities Indiana). Het Healthy Cities netwerk in Indiana probeert daarnaast ook expliciet het zakenleven en de politiek bij de comitees te betrekken. Veel projecten zien het zitting nemen van wijkbewoners in het bestuur van het project of de instelling als een belangrijke manier om bewoners bij het project te betrekken. Dit ondanks

⁵ Interview Kids in Action, Toronto, 27-10-90.

de problemen die hieraan kleven. Zo is de taak van de coördinatrice van Equally Healthy Kids ten opzichte van het bestuur van het project een ambivalente. Aan de ene kant legt ze verantwoording af voor het gevoerde beleid. Maar aan de andere kant heeft zij ook een faciliterende functie. Omdat de buurtbewoners in het bestuur weinig ervaring hebben in vergaderen en besturen, ondersteunt de coördinatrice hen daarin. Ze is dus tegelijkertijd degene die verantwoording schuldig is, als degene die begeleidt en ondersteunt. In het bestuur van Corner Health Center, een instelling voor hulp rond teenage-zwangerschappen, is het probleem anders opgelost. In het bestuur van het Center hebben enkele scholieren zitting. Zij hebben hierbij speciale ondersteuning van een 'health educator' die zelf geen deel van het bestuur uitmaakt. Bij het Doctors Hospital in Toronto kiest men weer een andere weg. Hier functioneert een *community board*: een zwaarwegend adviserend orgaan waarin mensen uit de verschillende etnische groepen uit de omgeving van het ziekenhuis zitting hebben. Het probleem is dat de materie die in aan de orde komt snel te ingewikkeld is voor leken. Men probeert dat op te vangen door een beroep te doen op mensen die zowel een sterke band met de eigen etnische groep hebben als een professionele opleiding. Helaas zijn die mensen schaars en worden ze alom gevraagd voor besturen en dergelijke activiteiten.

Territoriaal kader

Op een enkele uitzondering na zijn de beschreven gezondheidsprojecten lokaal gericht. Nagenoeg steeds wordt deze territoriale aanpak gecombineerd met een gerichtheid op specifieke doelgroepen. Soms is dit naar leeftijd (kinderen, teenagers), soms naar geslacht (vrouwen), soms naar etniciteit en steeds naar inkomen (laag). Ook combinaties hiervan komen voor, zoals bijvoorbeeld bij een project dat gericht is op arme jonge zwarte vrouwen als risicogroep voor zwangerschap op zeer jonge leeftijd. Vaak maken — als onderdeel van de territoriale aanpak — wijkbewoners deel uit van het bestuur of de leiding van het project.

5.2.4 Voorlopige conclusie

Omdat het doel gezondheidsbevordering niet rechtstreeks is te bereiken, leveren veel projecten een concrete dienst waaraan behoefte is gebleken en koppelen dit aan educatie en preventie. Het vaststellen van de resultaten blijkt echter, enkele uitzonderingen daargelaten, een probleem. Verbetering van gezondheid is vaak alleen op lange termijn vast te stellen, terwijl projecten vaak een korte looptijd hebben. Men kiest daarom voor doelen die verder af staan van gezondheid, maar daarmee wel een voorondersteld verband hebben. Ook om mensen bij lokale gezondheidsprojecten te betrekken probeert men projectdoelen aan te laten sluiten bij wat mensen in hun omgeving belangrijk vinden, zelfs al heeft dat niet direct betrekking op gezondheid. Men gaat er vanuit dat mensen zelf kunnen aangeven wat in hun omgeving als ongezond wordt ervaren. Vaak werkt men met getrainde betaalde krachten uit de eigen (etnische) groep.

Gebleken is dat de meeste projecten niet op basis van systematisch onderzoek tot stand

zijn gekomen. Daarentegen is samenwerking tussen instellingen binnen en buiten de gezondheidszorg een onmiskenbaar element van lokale gezondheidsprojecten. Op drie uitzonderingen na zijn de projecten geen onderdeel van politiek beleid en ontvangen geen overheidssteun. De projecten zijn doorgaans zeer lokaal van schaalniveau, maar richten zich binnen een gebied daarnaast ook op een specifieke groep.

5.3 Diffusie: gezondheidsprojecten in Nederland

5.3.1 Inleiding

Na het oriënterende onderzoek in de Verenigde Staten en Canada (1990) is in 1991/92 onderzoek gedaan naar lokale gezondheidprojecten in Nederland. Zoals eerder gemeld is bij dit onderzoek dezelfde lijst van criteria gehanteerd die gold voor het onderzoek naar de projecten in de Verenigde Staten en Canada (zie Kader 1, pagina 110). Het gaat ook hier om: *gezondheidsprojecten in een stedelijke context in de fase van uitvoering, die op basis van empirische gegevens en een integrale benadering tot doel hebben, middels intersectorale samenwerking op buurniveau, gezondheid te bevorderen, waarbij participatie door de bevolking centraal staat.*

Bij het onderzoek in Nederland gaat het niet om het vinden van voorbeeld-projecten, maar om een inventarisatie. Daarvoor zijn aanvullend criteria nodig, naast de bovengenoemde inhoudelijke afgrenzing. Het betreft criteria om te komen tot een keuze voor te onderzoeken steden. Deze criteria moeten een aansluiting maken met de ongelijke verdeling van gezondheid, een van de belangrijkste achtergronden voor lokaal gezondheidsbeleid. Uit onderzoek blijkt dat deze ongelijke verdeling sterk samenhangt met sociaal-economische status (zie hoofdstuk twee). Lokaal beleid dat tot doel heeft gezondheidsverschillen te verkleinen richt zich vooral op wijken of stadsdelen met een lage sociaal-economische status. Een voorbeeld van een beleid dat tot doel heeft de problematiek in dergelijke wijken of stadsdelen aan te pakken is het Nederlandse Probleem Cumulatie Beleid (PCG), dat overheidsbeleid was in de jaren tachtig. De criteria die hierbij gehanteerd worden sluiten goed aan bij (onderzoek naar) lokaal gezondheidsbeleid (Ten Dam en Van Wijnen 1991). Het gaat in het PCG-beleid om 18 gemeenten met woongebieden van ca. 6.000 à 15.000 inwoners met een relatief grote achterstand (gemeten naar inkomen, percentages uitkeringsgerechtigden) en een relatief hoog percentage allochtonen onder de wijkbewoners (VNG 1990:1). Het PCG-beleid betreft de steden: Alkmaar, Almelo, Amsterdam, Arnhem, Den Haag, Deventer, Dordrecht, Eindhoven, Enschede, Groningen, Haarlem, Helmond, Leerdam, Leiden, Nijmegen, Rotterdam, Utrecht, en Zaanstad. Deze steden zijn ook bij dit onderzoek als uitgangspunt genomen. Hieraan zijn toegevoegd:

* de overige gemeenten met meer dan 100.000 inwoners: Apeldoorn, Breda, Maastricht

en Tilburg

- * gemeenten met 50.000 tot 100.000 inwoners die bovendien een dichtheid van meer dan 1.000 inwoners per km² hebben⁶: Amersfoort, Amstelveen, Delft, Gouda, Heerlen, Den Helder, Hengelo, Den Bosch, Hilversum, Leeuwarden, Schiedam, Spijkenisse, Velsen, Venlo, Vlaardingen, Zeist en Zoetermeer (cijfers per 1-1-90, Centraal Bureau voor de Statistiek 1991).

In totaal is dus in 39 steden via diverse bronnen en databestanden gezocht naar lokale gezondheidsprojecten die voldoen aan de gehanteerde criteria. Uiteindelijk leverde de selectie de volgende dertien projecten op (zie Figuur 2).

- 1 Den Bosch Oost, Den Bosch
- 2 Gezondheidswijzer, Eindhoven
- 3 Leden Actief: Kruisvereniging Breda
- 4 Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken, Rotterdam
- 5 Samenwerkingsverband Rivierenwijk en omgeving (SORO), Deventer
- 6 Samenwerkingsverband Postjesbuurt, Amsterdam
- 7 Seniorenvoorlichting, Hengelo
- 8 Sociale Veiligheid in Oud-Mathenesse, Rotterdam
- 9 Speel-o-theek, Breda
- 10 Stichting Krakatau, Leefomgeving van kinderen, Eindhoven
- 11 Voedingsproject, Enschede
- 12 Wijkbus Alexander, Rotterdam
- 13 Wijknatuurtuin, Haarlem

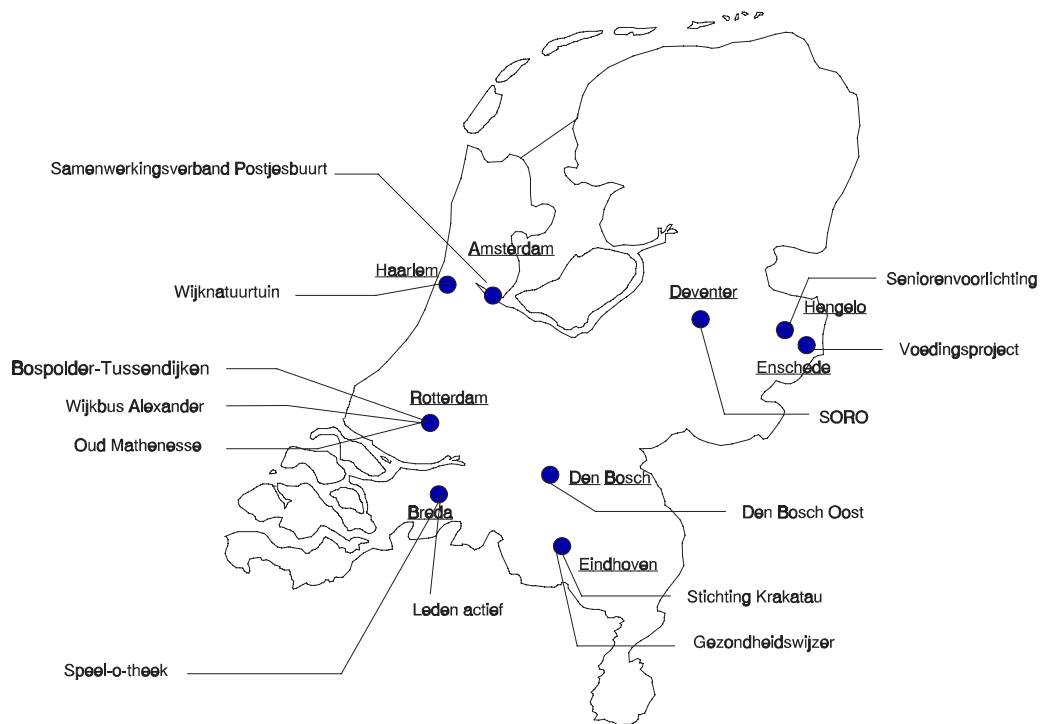
Het onderzoek naar deze projecten is uitgevoerd van november 1991 tot februari 1992. Hierbij is dezelfde vragenlijst gehanteerd als bij het onderzoek in de Verenigde Staten en Canada. Bij een aantal projecten was het mogelijk de vragenlijst in te vullen aan de hand van documentatie. Dit is gebeurd bij het voedingsproject in Enschede en de Gezondheidswijzer in Eindhoven. Ook het project in Rotterdam in Oud-Mathenesse is aan de hand van de weliswaar summiere, maar wel duidelijke beschikbare informatie beschreven. De overige projecten zijn bezocht waarbij de projectmedewerkers (professionals of vrijwilligers) zijn geïnterviewd.

5.3.2 De projecten

Sociale Veiligheid in Oud-Mathenesse, Rotterdam

Buurtbewoners in Oud-Mathenesse klaagden over het gevoel van onveiligheid dat men had op binnenterreinen. Het was er vies en slecht onderhouden, slecht verlicht, er liepen onguere

⁶ Dichtheid is een criterium voor een stedelijke context dat Wirth (1938) al hanteerde. Zie ook Nelissen 1974.



Figuur 2 Onderzochte projecten in Nederland

types rond en er sliepen junks nadat ze de schuurtjes hadden opengebroken. Dit had tot gevolg dat de bewoners deze binnenterreinen gingen vermijden. De bewonersvereniging heeft daarom alle buurtbewoners uitgenodigd om te komen praten over de problematiek rondom onveiligheid in de woonomgeving. De achterliggende gedachte hierbij was dat bewoners zelf het probleem aan dienden te pakken en hierdoor het idee zouden krijgen dat ze zelf invloed uit kunnen oefenen op de situatie. Op deze manier zouden ze meer vertrouwen krijgen in eigen kunnen en vaardigheden en capaciteiten ontwikkelen om dergelijke problemen ten aanzien van onveiligheid zelf aan te pakken. Er is gestart met het bestellen van hekken waarmee het binnenterrein afgesloten zou kunnen worden. De bewoners droegen hiervoor zelf de verantwoordelijkheid, zowel materieel als immaterieel. Op den duur zou dit een nieuwe norm ten aanzien van onveiligheid moeten bewerkstelligen, namelijk dat bewoners zelf verantwoordelijk zijn en die verantwoordelijkheid ook uitdragen: in plaats van het vermijden van onveilige plekken en er over klagen, de eigen verantwoordelijkheid oppakken en gezamenlijk naar oplossingen zoeken. Het project is begeleid door een opbouwwerker, in samenwerking met enkele vrijwilligers van de bewonersvereniging.

Gezondheidswijzer, Eindhoven

De gezondheidswijzer in Eindhoven is een informatiecentrum over gezondheid en de zorg voor gezondheid. Het is een project van de vrouwenraad Eindhoven en de Gemeentelijke

Gezondheidsdienst van Eindhoven. Aanleiding voor het project was dat de Commissie Gezondheidszorg van de Vrouwenraad Eindhoven signaleerde dat informatie op gezondheidskundig terrein slecht bereikbaar is voor de burger. Mensen worden met hun vragen over gezondheid van het kastje naar de muur gestuurd omdat veel organisaties niet zijn ingesteld op het beantwoorden van vragen van 'gezonde' burgers. Bovendien wordt de meeste informatie veelal verkokerd aangeboden. Deze zelfde knelpunten werden ook gesignaleerd door de afdeling GVO in Eindhoven en dit heeft geresulteerd in een samenwerkingsrelatie en de oprichting van de gezondheidswijzer.

De gezondheidswijzer draait geheel op vrijwilligers. Deze worden ondersteund en begeleid door de vrouwen van de Vrouwenraad en een GVO-consulent. Het belangrijkste doel van het project is het ontwikkelen van kennis bij de burgers opdat zij daarmee hun mogelijkheden vergroten. Ook is het de bedoeling dat mensen beter in staat zullen zijn om medeverantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid te dragen en dat zij er mondiger door worden (meedenken, meebeslissen en bewust meewerken). Ook wordt beoogd de zelfhulp en mantelzorg te stimuleren en te ondersteunen. De gezondheidswijzer heeft later ook in andere plaatsen in de omgeving navolging gekregen, waaronder in Helmond en Valkenswaard.

Voedingsproject, Enschede

Het voedingsproject in Enschede is opgezet door enkele diëtisten van de Kruisvereniging en de coördinatrice van het buurthuis 'de Boei'. De diëtisten signaleerden dat er behoefte was aan meer informatie over gezonde voeding. Met dit project wordt er naar gestreefd dat wijkbewoners kennis opdoen over voeding en de relatie daarvan met gezondheid. Vanuit het buurthuis worden daartoe allerlei initiatieven georganiseerd op het gebied van voeding door enkele professionals. Om een zo groot mogelijk bereik te hebben zijn een aantal uiteenlopende activiteiten georganiseerd voor verschillende doelgroepen. Zo waren er activiteiten speciaal voor kinderen (de kinderkookcursus 'Puik voor je buik' en kookles door ouders op de basisschool), voor volwassenen werden er thema-bijeenkomsten en lezingen gehouden, voor ouderen werd er een interculturele kookgroep opgericht en tenslotte waren er een viertal thema-bijeenkomsten over voeding speciaal voor migranten. Een ander voorbeeld is het open spreekuur in twee buurtwinkels waar mensen met vragen over voeding terecht kunnen. Dit project heeft tot gevolg gehad dat er een netwerk van relaties is ontstaan tussen huisartsen, schoolartsen, diëtisten, Stichting Spel en Opvoedingsvoorlichting, winkeliersverenigingen, wijkraden, school-buurtoverleg, speeltuinen, buurtcentrum, buurtwinkels en buurtbewoners. De sleutelfiguren, dus in de wijk bekende personen, spelen hierbij een belangrijke rol. Zij signaleren de specifieke behoeften die er zijn en betrekken de bewoners bij de activiteiten.

Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken, Rotterdam

De wijk Bospolder-Tussendijken is een wijk waarin veel migranten woonachtig zijn. Hun aandeel steeg van 7,9% in 1975 tot 45% van de totale bevolking in de wijk in 1991. Eind 1986 is op initiatief van de Bewonersorganisatie Bospolder-Tussendijken en het opbouwwerk in samenwerking met beroepskrachten in de gezondheidszorg en het welzijnswerk het project "Migranten en Gezondheid" van start gegaan. Aanleiding was het feit dat veel allochtonen

problemen hadden met hun gezondheid en met de verleende zorg en dat hulpverleners problemen ervoeren bij de hulpverlening aan allochtonen. Gezondheidsproblemen bleken te maken te hebben met discriminatie, het leven in een andere cultuur, zware arbeidsomstandigheden, slechte woonsituatie en onzekerheid omtrent de toekomst voor hun kinderen. Het project heeft als doel het verbeteren van de gezondheidssituatie van allochtone bewoners in Bospolder-Tussendijken en beoogt de zelfredzaamheid van migranten te vergroten. De belangrijkste initiatieven zijn de opzet van het Steunpunt (bewoners en beroepskrachten kunnen hier terecht met vragen over gezondheid en voor ondersteuning bij activiteiten), voorlichtingsbijeenkomsten voor Turkse vrouwen en ouders, activiteiten rond de Internationale Vrouwendag, voorlichtingsbijeenkomsten voor Marokkaanse moeders, een wijkbijeenkomst over WAO-problematiek, een gespreksgroep Turkse vrouwen, een onderzoek onder oudere migranten, opvoedingsondersteuning en het stimuleren en ondersteunen van de intersectorale samenwerking in de wijk.

Samenwerkingsverband Rivierenwijk e.o. (SORO), Deventer

SORO is een samenwerkingsverband van een groot aantal instellingen op het gebied van zorg en welzijn en richt zich op de aanpak van maatschappelijke achterstand in de Rivierenwijk in Deventer. SORO is ontstaan nadat in het kader van het PCG-beleid een aantal mensen bij elkaar kwam om de buurt te ondersteunen bij het ontwikkelen van initiatieven en activiteiten. Tijdens dat overleg werd besloten dat er regelmatig overleg moest plaatsvinden tussen hulpverleners in de wijk omdat bleek dat de werkzaamheden van de verschillende hulpverleners niet voldoende op elkaar waren afgestemd. Men wilde tot een integrale aanpak komen van de buurtproblematiek en tevens nieuwe werkvormen ontwikkelen. Dit is uitgegroeid tot SORO: een uitgebreid netwerk van hulp- en zorgverleners die betrokken zijn bij de wijk en de wijkbewoners. De aandacht richt zich vooral op kinderen, maar daarnaast ook op andere groepen die specifieke aandacht nodig hebben. Met het samenwerkingsverband wil men proberen om misstanden aan te pakken en sneller te reageren op problemen, waardoor de bewoners in de wijk weer vertrouwen krijgen in de zorgverlening en in andere instellingen. Het is daarnaast de bedoeling dat er vanuit dat vertrouwen, samen met de professionele hulpverleners, door de bewoners gewerkt gaat worden aan het aanpakken van concrete problemen en misstanden in de wijk. Hiertoe dienen de kennis, vaardigheden en het zelfvertrouwen van de bewoners te worden vergroot. Actoren in het samenwerkingsverband zijn: het maatschappelijk werk, het onderwijs, het opbouwwerk, de peuterzalleidsters, de wijkverpleging, de huisarts, de reclassering, het RIAGG en de wijkagenten. Daarnaast zijn allerlei sleutelfiguren uit de wijk betrokken bij het samenwerkingsverband. De opbouwwerker fungeert als spil van het netwerk.

Stichting Krakatau en Leefomgeving van kinderen, Eindhoven

Het project Krakatau is voortgekomen uit het project Leefomgeving voor kinderen. Het idee achter het project Leefomgeving voor kinderen was dat kinderen door middel van een werkpakket hun eigen omgeving leren kennen, de wisselwerking tussen omgeving en mens ontdekken en zich zo medeverantwoordelijk gaan voelen voor die omgeving. Dit heeft een

aantal gevolgen gehad: door samenwerking tussen kinderen, leraren en ouders is een gevaarlijke oversteekplaats in de wijk verbeterd, een trimbaan opgeknapt en is men na gaan denken over de sociale woonomgeving. Dit laatste heeft geresulteerd in de stichting Krakatau. Het initiatief voor de Stichting Krakatau is genomen door twee vrouwen uit de wijk de Achtste Barrier. Geïnteresseerd geraakt door het werkpakket van de kinderen, zijn zij gaan nadenken over hoe je als vrouw preventief met veiligheid bezig kunt zijn. Zij kwamen daarbij op zelfverdediging. Seksueel geweld, onveiligheidsgevoelens en gevoelens van machteloosheid zijn vaak de achtergronden van lichamelijke klachten bij vrouwen. De cursussen zelfverdediging richten zich op het wegnemen van achterliggende oorzaken. Doelstelling van het project is het opdoen van kennis, vaardigheden en attitudes en het vergroten van het zelfvertrouwen.

Leden Actief: Kruisvereniging, Breda

De Kruisvereniging Breda heeft twee soorten leden: de gewone leden, die hun contributie betalen en de actieve leden. Deze laatste leden zijn, met de professionals, de actoren van Leden Actief. Leden actief is een georganiseerde ondersteuning van de kruisvereniging en bestaat uit vrijwilligers die actief betrokken willen zijn bij de zorg voor de eigen gezondheid en de gezondheid van anderen. Als uitgangspunt voor het project geldt dat het bevorderen van gezondheid in de eerste plaats ieders persoonlijke verantwoordelijkheid is. Door de bevolking buurtgericht te betrekken bij het opzetten en uitvoeren van activiteiten gericht op gezondheidsbevordering en mantelzorg wordt aan dit uitgangspunt invulling gegeven. Vanuit het project worden naast het organiseren en opzetten van activiteiten, ook leden ondersteund bij het verwezenlijken van plannen en ideeën. De strategie die door het project wordt gevolgd is een combinatie van bewust maken (van ieders verantwoordelijkheid voor gezondheid), het ontwikkelen van inzicht in problemen en oorzaken (door informatie te geven) en het ontwikkelen van programma's en diensten (zoals bijv. een kinderdagverblijf en informatiebalie op het gebied van gezondheid).

Wijkbus Alexander, Rotterdam

In de Prins Alexanderpolder (Rotterdam Noord/Oost) wonen relatief veel ouderen. Nadat de buslijn van het gemeentelijk openbaar vervoer door de wijk was opgeheven heeft het Bewonersoverleg Alexander een wijkbus opgericht. Het project wil betaalbaar vervoer aan ouderen en minder valide bieden opdat zij hun sociale contacten in stand kunnen houden. Ouderen wordt zo een middel aangereikt in de strijd tegen de eenzaamheid. Men kan — op afspraak — gehaald en gebracht worden. De wijkbus heeft in de tijd geen eindpunt: zolang er behoefte is aan deze vorm van dienstverlening, en het de vrijwilligers lukt het project draaiende te houden blijven de bussen door de wijk rijden. Het project draait louter op vrijwilligers. Hulp van derden is alleen nodig om de draagkracht voor het project te vergroten. De steun die er is bestaat uit de subsidie die niet structureel is en ieder jaar weer de nodige onzekerheid met zich meebrengt.

Wijknatuurtuin, Haarlem

De buurtmaatschappelijk werker constateerde een groot aantal problemen in de wijk Schal-

kwijk. De wijk is een grote naoorlogse nieuwbouwwijk met een sterke vergrijzing, een hoog percentage WAO-ers en een slecht functionerend buurtleven. Een belangrijk probleem in de wijk is de grote eenzaamheid onder de bewoners. De aanleg van een wijknatuurtuin wordt gezien als instrument om de kwaliteit van de leefomgeving op te waarderen en de mogelijkheden tot het leggen van sociale contacten te vergroten. Een voorwaarde van het project is dat de bewoners op zoveel mogelijk manieren worden betrokken bij de tuin. De vrijwilligers hebben grote invloed gehad op het ontwerp van de tuin, op de aanleg en op de manier waarop het een en ander georganiseerd moet worden. Ook denken de vrijwilligers voortdurend mee over nieuwe plannen. Er wordt een bewustwording van de wijkbewoners ten aanzien van de wisselwerking milieu- mens nagestreefd. Daarnaast wordt geprobeerd de bewoners vaardigheden (tuinieren) te leren om zodoende zelf een positieve invloed op het directe leefmilieu uit te oefenen. Belangrijk is ook de invloed die de wijknatuurtuin op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de mens kan hebben. Het voortbestaan van het project is sterk afhankelijk van de inzet van zowel de doelgroep (de wijkbewoners) als de medewerking van veel andere organisaties, o.a. de Plantsoenendienst van de gemeente. Daarnaast zijn er veel contacten met de eerstelijns instellingen (deze verwijzen hun cliënten door naar de tuin), opbouwwerk, scholen en bejaardentehuizen. Het is een voorbeeld van een creatieve samenwerking van zorginstellingen met een buurtproject. RIAGG, huisartsen, wijkverpleging, ziekenverzorging verwijzen hun cliënten door naar de tuin, of ze wijzen hen op de mogelijkheid iets in de tuin te doen. Met de bejaardentehuizen is de afspraak gemaakt dat de ouderen met een busje naar de tuin worden gebracht om daar een dagdeel te tuinieren, te recreëren en anderen te ontmoeten. Een tuincoördinatrice is full-time aan het project verbonden. Er wordt naar gestreefd de vrijwilligers meer (eind)verantwoordelijkheid te geven, die ligt nu vooral bij de professionals.

Speel-o-theek, Breda

In een wijk in Breda bestaat een samenwerkingsverband tussen peuterspeelzalen, het buurtwerk en de kruisvereniging. Men wil in de buurt (preventieve) activiteiten ontwikkelen op gezondheidsgebied voor kinderen van nul tot vier jaar en hun ouders. De 'Jonge Moedergroep' is één van de activiteiten van het samenwerkingsverband en bestaat uit jonge moeders uit de buurt, die vooral geïnteresseerd zijn in het spelen met kinderen door de ouders en de achterstand die veel kinderen hebben op het moment dat ze naar de basisschool gaan. Zij kwamen op het idee om een Speel-o-theek op te zetten voor de kinderen in de wijk. Met dit initiatief richten de vrouwen zich op ouders uit de wijk van kinderen van 0 tot 12 jaar. Vooral moeders voelen zich aangesproken. De kennis die de vrouwen van de 'Jonge Moedergroep' hebben opgedaan over het spelen van en met kinderen, wordt op deze manier overgedragen op de ouders uit de wijk. De Speel-o-theek is een lokale dienstverlening, bedacht en gerund door vrouwen uit de wijk. Eenmaal per week worden zij bij hun activiteiten ondersteund door een sociaal-cultureel werkster.

Samenwerkingsverband Postjesbuurt, Amsterdam

Op initiatief van een drietal huisartsen is in 1971 in de Postjesbuurt in Amsterdam een

eerstelijns samenwerkingsverband ontstaan. In het samenwerkingsverband zijn een zestal disciplines vertegenwoordigd: de wijkverpleging, maatschappelijk werk, huisartsen, wijkpost voor ouderen, rechtshulp en het buurthuis. Daarnaast is een part-time coördinatrice aangesteld. De doelstelling van het Samenwerkingsverband Postjesbuurt is het scheppen en in stand houden van basisvoorzieningen op het sociaal-culturele vlak en op het gebied van de hulpverlening, gezondheidszorg en het buurtwerk. Zo wordt gepoogd welzijn en gezondheid van de bewoners van de Postjesbuurt te bevorderen en de factoren te bestrijden die dit belemmeren. Het samenwerkingsverband richt zich op alle bewoners van de Postjesbuurt met specifieke aandacht voor ouderen (eenzaamheid) en migrantenvrouwen. Twee spreekuren — één voor belastingadviezen en één voor informatie over huren en wonen — zijn in handen van wijkbewoners. De overige activiteiten, die voorheen werden uitgevoerd door buurtbewoners, worden nu gedaan door beroepskrachten. Oorspronkelijk was dit niet de bedoeling van het samenwerkingsverband. Men probeert nu dan ook de wijkbewoners te stimuleren om meer te participeren binnen het Samenwerkingsverband.

Den Bosch Oost, Den Bosch

In Den Bosch Oost wordt gezamenlijk, door zowel beroepskrachten als wijkbewoners, gewerkt aan gezondheid. Er is een netwerk ontstaan waarin zelfzorg, mantelzorg, vrijwillige hulp en beroepsmatige hulp zijn geïntegreerd. Het netwerk is erop gericht de wijkbewoners in staat te stellen meer greep te krijgen op hun eigen gezondheid en welzijn, en deze met behulp van anderen te verbeteren. Het Ministerie van WVC stelde in 1975 subsidie beschikbaar ter uitvoering van een experiment 'Anders werken in de wijk'. Gekozen werd voor de wijk Den Bosch Oost omdat er op dat moment geen enkele welzijnsvoorziening in de wijk aanwezig was. De toenmalige opbouwwerker heeft een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van het project. Het netwerk bestaat uit vrijwilligers en beroepskrachten uit het welzijnswerk en de gezondheidszorg. De doelgroep zijn alle bewoners van Den Bosch Oost. Het is de bedoeling dat het netwerk aansluit bij wat er in de wijk leeft aan problemen en behoeften. Men wil de wijkbewoners bewust maken van hun eigen kunnen ten aanzien van die problemen en behoeften, vooral op het gebied van gezondheid. Men wordt de mogelijkheid geboden om de vaardigheden die nodig zijn om op een positieve manier zelf aan gezondheid en welzijn te werken, te oefenen en te vergroten. De relatie tussen professionals, actieve vrijwilligers en de bevolking is er een die gekenmerkt wordt door gelijkwaardigheid. Er vindt een voortdurende uitwisseling plaats tussen de benaderingen van de verschillende werkers (vrijwilligers en beroepskrachten). Het is een continue proces van uitwisseling van (ervarings)deskundigen.

Seniorenvoorlichting, Hengelo

Uit onderzoek, uitgevoerd door de Sociale Dienst in Hengelo, is gebleken dat ouderen weinig gebruik maken van een aantal sociale voorzieningen. Veel ouderen kennen die voorzieningen niet of ze weten niet dat zij er recht op hebben. De Stuurgroep Minimabeleid, die een aantal verschillende organisaties zoals het Instituut Sociale Raadsliden, en de COSBO (Ouderenbonden) vertegenwoordigt, heeft om hieraan tegemoet te komen het project 'Seniorenvoorlichting'

bedacht en opgezet. Uit het onderzoek is verder gebleken dat voorlichting, middels schriftelijke informatie, bij ouderen weinig effect heeft. Mondelinge voorlichting daarentegen, vooral wanneer die gegeven wordt door de doelgroep zelf, heeft wel effect. Het project wordt uitgevoerd door vrijwilligers, die cursussen hebben gevolgd om kennis te maken met de verschillende sociale voorzieningen in Hengelo en om te trainen in communicatie. De vrijwilligers opperen zelfstandig, de COSBO ondersteunt hen daarbij. Het project is bedoeld als wegwijzer. Ouderen worden voorgelicht en verwezen naar voorzieningen die hen verder kunnen helpen. Verder streeft men er naar dat het probleemoplossend vermogen van de cliënt wordt vergroot.

5.3.3 Bevindingen

Gezondheidsbevordering

Ook in Nederland wordt de term gezondheid en daarmee het doel gezondheidsbevordering ruim opgevat. Vaak wordt de WHO-definitie gehanteerd: gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Het gevolg is dat projecten in het kader van bevordering van gezondheid — naast activiteiten die een directere relatie hebben met gezondheid, zoals verbetering van de zorg, acties tegen gezondheidsbedreigende factoren en gezondheidsvoorlichting — een breed scala van activiteiten representeren. Om er een aantal te noemen: zelfverdediging voor vrouwen en meisjes (Eindhoven), doorbreken van sociaal isolement bij ouderen (Amsterdam), opzetten van een speel-o-theek (Breda), een wijkbus voor ouderen (Rotterdam), opzet en exploitatie van een wijknatuurtuin (Haarlem), voorlichting aan ouderen over financiële regelingen (Hengelo), of verbetering van de sociale veiligheid (Rotterdam).

Twee nadelen van deze benadering worden gesignaleerd. Op de eerste plaats is er de aantrekkingskracht van het idee dat alles met alles samenhangt. Dat is niet direct een aansporing om een concreet probleem aan te pakken, aangezien verbetering ervan de oplossing van talloze andere problemen vooronderstelt. Het kan demotiverend werken om er steeds van doordrongen te zijn dat de gezondheid van mensen in een buurt niet alleen samenhangt met eenzijdige voeding, maar ook met werkloosheid, het opleidingsniveau, de buurtcultuur of de staat van de huizen. Een tweede nadeel is de 'branche-vervaging' die kan optreden door gezondheid in een ruim kader te plaatsen. Het kan aan de leiding van bijvoorbeeld een Gemeentelijke Gezondheidsdienst moeilijk te verkopen zijn wanneer een medewerker van die dienst zich bijvoorbeeld bezig houdt met scholingsprojecten voor allochtone vrouwen. Wat heeft dat nog met de kerntaak van een GGD te maken?

Zoals te verwachten blijkt ook bij de projecten in Nederland gezondheidsbevordering nauwelijks te meten. Dus wordt ook hier gewerkt met doelen die afgeleiden zijn van bevordering van de gezondheid: verbeterde veiligheid, goede informatie over gezondheid, verandering van leefwijzen, beschikbaarheid van openbaar vervoer, een prettige leefomgeving of steun bij de opvoeding van kinderen. Bij de Wijknatuurtuin in Haarlem worden de resultaten op een speciale manier zichtbaar: de mutatiegraad van de omliggende bejaardenwoningen is

gedaald. De ombouw van een kaal en saai stuk openbaar groen tot een levendige tuin waaraan ook de omwonenden werken heeft wellicht een positieve invloed op het woongenot gehad.

Gegevens als basis

De achtergronden van de initiatieven — al dan niet in de vorm van feitelijke gegevens — zijn divers. Ze variëren van onveiligheid, gebrek aan kennis over gezondheid en zorg, slechte voeding, problemen van migranten in de gezondheidszorg, gebrekkig openbaar vervoer en eenzaamheid tot ontwikkelingsachterstand bij kinderen. Feitelijk geconstateerde gezondheidsverschillen zijn echter nergens aanleiding tot initiatieven geweest.

Geconstateerde gezondheidsverschillen tussen de ene wijk en de andere geven aan dat er iets aan de hand is op het gebied van gezondheid. Maar het is op zichzelf geen reden om aan te nemen dat gezondheid in die wijk dan ook door de bewoners als belangrijk of problematisch wordt ervaren. Wanneer een gezondheidsdienst of andere instelling vervolgens de betreffende wijk als speerpunt voor lokaal gezondheidsbeleid neemt, ontstaat het probleem hoe belangstelling te wekken voor het thema gezondheid. Er ontstaat met andere woorden een probleem rond de overstap van onderzoek naar actie. Deze overstap kan vergemakkelijkt worden door in het onderzoek de subjectieve beleving van bewoners mee te nemen. Dat kan door vragen over de eigen ervaren gezondheid te stellen of door te vragen naar de samenhang tussen gezondheid en factoren in de wijk zoals wijkbewoners die ervaren. Maar het kan ook door het opnemen van gesprekken met sleutelfiguren in de onderzoekstrategie of door wijkbewoners of andere betrokkenen in te schakelen bij opzet en uitvoering van het onderzoek. Dat laatste blijkt ook bij kinderen een werkbaar uitgangspunt te zijn.

Het lijkt dus verstandig niet alleen uit te gaan van behoeften rond gezondheid, maar ook van behoeften zoals die door mensen zelf gearticuleerd worden. Gesteld wordt kortom dat het serieus nemen van behoeften een voorwaarde is voor lokaal gezondheidsbeleid. Om stigmatisering te voorkomen en om 'blaming the victim' mechanismen te elimineren, wordt het daarbij belangrijk gezien verbanden te leggen tussen individueel gedrag en maatschappelijke factoren die dat gedrag sturen of alternatieve gedragingen belemmeren. Dit is vergelijkbaar met de maatschappelijke risicofactoren die bij het project in South Riversdale in Toronto genoemd worden. Roken of overmatig medicijngebruik is immers meer dan alleen een individuele keuze: het gedrag is ingebed in sociale, culturele en maatschappelijke condities. Een succesfactor voor lokale gezondheidsinitiatieven lijkt daarmee de mate te zijn waarin het project aansluiting kan vinden bij behoeften of wensen zoals die ervaren worden door de groep waarop het project zich richt. De leefwereld van de mensen zelf wordt gezien als basis. Men wil zich rekenschap geven van de percepties van doelgroep.

Intersectorale samenwerking

Het ligt voor de hand dat er vanuit de brede definitie van gezondheid samenwerking gezocht worden met instellingen op allerlei gebieden buiten de sector gezondheid. Gezondheid wordt immers door uiteenlopende factoren beïnvloed en dus kunnen verschillende disciplines en diensten een bijdrage leveren aan bevordering van gezondheid. Sommige projecten zoals het Voedingsproject in Enschede en het SORO-project in Deventer leverden dan ook een

uitgebreid netwerk van relaties tussen instellingen op. Naast het opzetten en coördineren van gezamenlijke activiteiten is een dergelijk netwerk ook belangrijk bij het signaleren van specifieke behoeften. Ook de Wijknatuurtuin in Haarlem is een voorbeeld van een uitgebreide samenwerking van zorginstellingen met een buurtproject. In Den Bosch Oost is het netwerk van beroepskrachten en wijkbewoners een belangrijk instrument voor bewoners om meer greep te krijgen op de eigen gezondheid.

Soms is samenwerking in de vorm van bijvoorbeeld een wijkgezondheidscentrum verregaand geïnstitutionaliseerd, soms blijft het bij een min of meer informele samenwerking van werkers van verschillende disciplines. In Rivierenwijk Deventer is dat laatste een expliciet uitgangspunt: samenwerking in concrete activiteiten levert veel op, waar geïnstitutionaliseerde samenwerking op directieniveau vanwege competenties en starre regelingen eerder verlammend werkt. Dat laatste geldt ook voor Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken in Rotterdam. Er is in de samenwerking in de wijk weinig geformaliseerd. Het voordeel van een dergelijke werkwijze is duidelijk: in directe contacten kunnen snel resultaten geboekt worden (uitwisseling, samenwerking). De lange mars door de instituties kan vermeden worden. Maar het nadeel is ook levensgroot: omdat er op het niveau van de instellingen niets geformaliseerd is, kunnen betrokken medewerkers op elk moment door de directie teruggefloten worden, of simpelweg aan een andere taak gezet worden. Ook de (financiële) armslag van samenwerking moet zonder commitment van de instellingen noodgedwongen beperkt blijven. Voor een langdurige samenwerking lijkt betrokkenheid van zowel het uitvoerend als het managementniveau nodig.

Huisartsen vormen vaak een moeilijke groep als het om samenwerking gaat. Op de eerste plaats hebben huisartsen — vooral in achterstandswijken met grote en moeilijke praktijken — weinig tijd om dingen te doen buiten de directe praktijk om. Voor werkers van gesubsidieerde instellingen ligt dat vaak wat makkelijker. Daarnaast hebben huisartsen vanuit hun vak een visie die uitgaat van het individu. Samenwerking is dan minder voor de hand liggend. Soms worden ook overwegingen rond oneerlijke concurrentie genoemd om geen samenwerking met anderen aan te gaan (Samenwerkingsverband Postjesbuurt Amsterdam).

Als de optiek van een project een brede definitie van gezondheid is, lijkt het desondanks zinvol aansluiting te houden bij de alledaagse en (dus) smallere betekenis van gezondheid en niet uit te waaiëren naar actiepunten die alleen nog in een theoretische analyse verband blijken te hebben met gezondheid. Op de eerste plaats kan het van belang zijn voor de doelgroep. Wanneer actiedoelen een relatie hebben met de alledaagse betekenis van gezondheid is het voor de doelgroep herkenbaar en is duidelijk waarom een gezondheidsdienst daarin het initiatief heeft genomen. Het geeft 'helderheid' aan een project. Op de tweede plaats is de relatie met de alledaagse betekenis van belang in samenwerkingsverbanden. Een niet al te brede invulling van het begrip gezondheid maakt duidelijk waar het in eerste instantie om gaat en geeft het project een concrete herkenbare basis voor samenwerking. Het voorkomt teveel 'branche-vervaging' en verijdt de verlamdende notie dat alles met alles samenhangt, waardoor er geen werkbare doelen meer te formuleren zijn. Tenslotte is de relatie met de alledaagse betekenis van gezondheid belangrijk voor subsidiënten: brede en vage doelstellingen zullen niet gauw voor subsidie in aanmerking komen.

Politieke betrokkenheid

Betrokkenheid door de politiek is in Deventer vormgegeven doordat de wethouders een dubbele taak hebben. Naast verantwoordelijk voor de eigen diensten is een wethouder ook verantwoordelijk voor één van de wijken van Deventer. Als er in een bepaalde wijk problemen rond gezondheid zijn kan de betreffende 'wijkwethouder', ook al is dat de wethouder Openbare Werken, de collega van Volksgezondheid hierop aan spreken. Een buurtgerichte aanpak zoals die in Rivierenwijk werkt op deze manier zowel vanuit de basis als vanuit de politieke verantwoordelijkheid. Men probeert de belevings- en ervaringswereld van bewoners en de gemeentelijke overheid, de politiek en de instellingen dichter bij elkaar te brengen.

Een goede zichtbaarheid van het initiatief in de wijk (gebouw, publiciteit) kan het project versterken. Ook in de Verenigde Staten en Canada wordt dit als een belangrijk aspect gemeld. Zichtbaarheid komt in zichzelf naar voren als een stimulans voor niet alleen betrokkenheid van de buurt, maar ook van de politiek. Zo is het project Migranten en Gezondheid in de Rotterdams wijk Bospolder-Tussendijken een voorbeeld van een project met een hoog zichtbaarheids-gehalte. Het is midden in de wijk gevestigd in een eigen pand met het logo van het project van verre zichtbaar op de muur.

Als streven naar maximale zichtbaarheid de oprichting van een zelfstandig gevestigde instelling betekent, werkt dat echter kostenverhogend. Vaak is het immers goedkoper (en vanuit samenwerking gezien ook beter) om gebruik te maken van bestaande voorzieningen. Een project dat gebruik maakt van de ruimtes van een buurthuis, enkele stafuren 'in natura' van de wijkverpleging krijgt en de mailing van de GGD kan gebruiken, is aanzienlijk goedkoper uit dan wanneer in dat alles zelfstandig voorzien moet worden.

Zowel voor de doelgroep als voor de subsidiënten en de politiek betrokkenen is het van belang niet alleen het project of het gebouw zelf, maar ook de resultaten zichtbaar te maken. Een probleem hierbij blijft de slechte onderzoekbaarheid van resultaten (een veelheid van gezondheidsfactoren die moeilijk in een oorzakelijk verband te brengen zijn) en de lange adem die gezondheidsbevorderende projecten nodig hebben. Dit staat tegenover de roep uit de instellingen en de politiek om snel resultaten te laten zien.

Participatie

Veelal komen bewoners pas in de loop van een project aan bod in de rol van meer of minder actieve consumenten van een voorziening. Niet toevallig is het grootste deel van de onderzochte projecten gericht op het verlenen van een dienst, op educatie of op planning. Slechts ruim een kwart van de projecten heeft een minder institutionele en meer radicale aanpak. Dit komt overeen met de resultaten van een onderzoek van Withagen en Jonkers-Kuiper naar beleid van Gemeentelijke Gezondheidsdiensten gericht op achterstandsgroepen: de GGD-activiteiten worden te weinig actief samen met de doelgroep uitgevoerd. De auteurs zien een reden in het gebruik van een beperkte definitie van participatie, namelijk het *gebruik maken van voorzieningen*. De rol van de doelgroep is daarin meestal passief (Withagen en Jonkers-Kuiper 1993:90). Het enige van de hiervoor genoemde projecten dat zonder ondersteuning door beroepskrachten geheel op vrijwilligers draait, is de Wijkbus in de Rotterdamse wijk Alexanderpolder.

Medewerking van betrokkenen ofwel participatie wordt niet alleen gezien als een sleutel voor een succesvol gezondheidsproject, maar ook als een voorwaarde voor preventie. Preventie is immers niet van buitenaf op te leggen. Het vereist medewerking van betrokkenen. Een concrete dienst of voorziening kan een wezenlijk startpunt van een project zijn. Wanneer men bij een project vast wil houden aan de noemer gezondheid moet er in de opvatting van de initiatiefnemers over wat gezondheid is ruimte zijn voor deze koppeling tussen project en percepties van de doelgroep. Een brede definitie van gezondheid is daarbij onontbeerlijk. Om te kunnen werken met kwesties die uit de bevolking naar voren komen moeten projectdoelen ruimer kunnen zijn dan hetgeen traditioneel onder gezondheid wordt verstaan. We zagen dit ook in de Verenigde Staten en Canada.

Net als in de Verenigde Staten en Canada wordt er opvallend vaak gestreefd naar het inschakelen van vrijwilligers uit de doelgroep. Zo worden door de GGD Rotterdam migranten in een tweejarige cursus als 'voorlichtsters in de eigen taal' opgeleid. Ze gaan daarna op freelance basis werken bij het project Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken. Door de inschakeling van krachten uit de doelgroep kunnen heel concrete taal- en cultuurproblemen voorkomen worden. Meestal zijn die vrijwilligers getraind en worden ze op freelancebasis betaald. Het project Opvoedingsondersteuning (onderdeel van SORO, Deventer) maakt gebruik van autochtone en allochtone moeders die andere moeders thuis bezoeken en proberen de opvoeding van hun kinderen te ondersteunen. De moeders krijgen een onkostenvergoeding per bezoek, niet alleen om de binding van de moeders aan het project te versterken, maar ook omdat men vindt dat het werk is dat gehonoreerd moet worden. De reden voor dat laatste kan het streven naar professionaliteit zijn, maar ook de (amerikaanse en canadese) notie dat onbetaald vrijwillig werk een middle class concept is dat geen geldigheid heeft voor groepen die in armoede moeten leven.

Bij Leden Aktief van de Kruisvereniging in Breda worden mensen zelf beschouwd als eerst verantwoordelijken en experts op het gebied van de eigen gezondheid. Het inschakelen van vrijwilligers bij de zorg varieert van het meedraaien in de 'Nursery' (een kinderdagverblijf), tot het inschrijven, wegen en meten van baby's op een consultatiebureau en het spelen van een wekelijks partijtje schaak met een doof-stomme mevrouw. Het project Seniorenvoorlichting in Hengelo wordt gedragen door vrijwilligers uit de doelgroep: ouderen in Hengelo. Het feit dat met vrijwilligers wordt gewerkt heeft te maken met het idee dat de mensen uit de doelgroep als 'eigen' ervaren zouden worden door de doelgroep en dat de voorlichting daardoor laagdrempeliger zou zijn. Vrijwilligers vertegenwoordigen geen onbegrijpelijke, kille instantie, maar komen als persoon om te helpen.

Een andere manier om vrijwilligers uit de doelgroep bij een lokaal project te betrekken is enkele mensen te vragen zitting te nemen in het bestuur van het initiatief. Wanneer het gaat om mensen die geen ervaring hebben in bestuurs- en besluitvormingsprocessen blijkt enige vorm van ondersteuning nodig. Het werken met vrijwilligers vergt daarnaast een omschakeling van de gebruikelijke vergader- en afsprakencultuur uit de professionele sector naar een meer persoonlijke en informele wijze van werken. Er spelen dezelfde dilemma's die op dit punt in projecten in de Verenigde Staten en Canada gememoreerd worden.

Bij de samenwerking tussen vrijwilligers en beroepskrachten zijn er twee wegen te

onderscheiden die gelijktijdig bewandeld kunnen worden: de richting van onderen naar boven door het ondersteunen van initiatieven van vrijwilligers door beroepskrachten en de richting van boven naar onderen door het betrekken van vrijwilligers bij initiatieven van de staf. De benaderingen 'van bovenaf' en 'van onderenop' kunnen versterkend op elkaar werken. Aansluiting zoeken bij wat er leeft in een wijk blijkt niet identiek te hoeven zijn aan afwachten. Het betekent niet dat er geen ruimte is voor initiatieven die beroepskrachten nemen. Afwachten tot er 'actie uit bevolking komt' werkt niet stimulerend. Een initiatief 'van boven' kan als 'trigger' werken en de respons die gegeven wordt kan aanwijzingen opleveren over behoeften die er leven. Vooral een benadering die ondersteuning van initiatieven uit de buurt combineert met initiatieven door professionals wordt als succesvol gezien. Het Voedingsproject in Enschede kiest voor een aanpak waarin beide elementen naar voren komen: aansluiten bij signalen uit de wijk en eigen initiatieven van de projectmedewerkster: *'Doordat je zelf activiteiten opzet en uitvoert, vergroot je ook de contacten en je bekendheid; dat werkt van twee kanten tegelijk. Wijkbewoners en beroepskrachten weten dat er iemand in de wijk is bij wie ze terecht kunnen als ze iets willen weten over voeding.'*⁷

Als een nadeel van een benadering op doelgroepen komt naar voren dat het mogelijk een stigmatiserend effect kan sorteren. Belangrijk is daarbij te zorgen voor een positief imago van het project. Een project dat het imago heeft dat er alleen 'mensen met problemen' komen, is voor grote groepen niet aantrekkelijk.

Territoriaal kader

Vanuit allerlei praktische overwegingen wordt als schaalniveau voor lokale gezondheidsprojecten vaak de buurt of wijk gekozen. Gesteld wordt dat instellingen — waaronder diverse gemeentelijke diensten — vaak op buurtniveau werken, waardoor samenwerking makkelijker wordt. Ook wordt voorondersteld dat mensen zich eerder laten aanspreken door initiatieven die op hun directe omgeving betrekking hebben. Een ander belangrijk argument is dat een benadering op buurtniveau minder individualiserend en stigmatiserend werkt dan een benadering waarin mensen los van elkaar als individu worden aangesproken. Een buurtbenadering kan het accent uitbreiden van gerichtheid op individuele preventie naar gerichtheid op collectieve (community) preventie rond gezondheidsbedreigende factoren als armoede, slechte huisvesting en dergelijke. Ook in de Verenigde Staten en Canada was dit een belangrijk element om individualisering en stigmatisering te voorkomen. Een benadering waarin de buurt als ongedifferentieerde geografische eenheid centraal staat komt ook in Nederland weinig voor. De lokale benadering wordt meestal gecombineerd met een benadering van een specifieke groep. Dat kunnen kinderen zijn, vrouwen, ouderen, verslaafden of een etnische groep.

Opvallend in vergelijking met de onderzochte projecten in de Verenigde Staten en Canada is het gegeven dat er van de Nederlandse projecten drie zijn die in feite niet buurtgericht zijn, maar een hele stad als territoriale eenheid nemen. Daarnaast zijn er vijf projecten die

⁷ In Jonkers et al. 1992:37.

buurtgericht zijn, maar niet op een specifieke groep zijn gericht. De overige vijf projecten kennen de combinatie van enerzijds een lokale aanpak en anderzijds de gerichtheid op een specifieke groep op grond van leeftijd, geslacht of inkomen.

5.4 Continua

In dit hoofdstuk zijn tot nu toe beschrijvingen gegeven van lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten, Canada en Nederland. De projecten zijn met elkaar vergeleken en er werden enige bevindingen gepresenteerd. Toch kunnen er geen conclusies worden getrokken over de vraag of de lokale gezondheidsprojecten de eigen beoogde doelen halen. Het doel gezondheidsbevordering, de vier intermediaire strategieën en het territoriale kader zijn in de eerder besproken literatuur over lokaal gezondheidsbeleid immers slechts in globale aanduidingen beschreven. Er zijn geen specifieke toetsbare criteria voorhanden om de doelen te meten en te evalueren. Het is dan ook op dit moment niet aan de orde om vast te stellen of lokaal gezondheidsbeleid voldoet aan de eigen doelstellingen. Het is bijvoorbeeld — zo blijkt uit de voorgaande beschrijvingen — vaak niet zinvol gezondheidsprojecten zonder meer naast de meetlat van het criterium gezondheidsbevordering te leggen om vervolgens vast te stellen of de projecten een empirisch aantoonbare positieve invloed op gezondheid hebben. Uit de projectbeschrijvingen is veeleer op te maken dat er bij dit doel gezondheidsbevordering steeds verschillende aspecten en gradaties te onderscheiden zijn. Er is eerder sprake van een continuüm dan van een digitale ja/nee situatie. Een project dat niet rechtstreeks scoort op het criterium gezondheidsbevordering, kan in plaats daarvan wel bijvoorbeeld ondersteunend werken bij de opvoedingssituatie van kleine kinderen in een wijk of kan bijdragen aan het verkleinen van sociaal isolement van ouderen. Opvoedingsondersteuning of het verkleinen van sociaal isolement worden dan geacht een samenhang te hebben met gezondheid. Ditzelfde geldt ook voor de vier intermediaire strategieën: gegevens als basis, intersectorale samenwerking, politieke binding en participatie en voor het gehanteerde territoriale kader. Meer dan te beoordelen of projecten in absolute zin voldoen aan de doelstellingen, is het zinvol deze continua in kaart te brengen en te kijken waar de projecten zich op deze uiteenlopende schalen bevinden. Wellicht is op elk continuüm een positie te lokaliseren die als reële indicator kan gelden.

In deze paragraaf worden de projectbeschrijvingen gebruikt om inductief op elk van de genoemde gebieden continua — of schalen — te ontwikkelen en te verkennen of er reële criteria te onderscheiden zijn waarmee iets gezegd kan worden over succes of falen van lokale gezondheidsprojecten. In hoofdstuk zes zullen deze zelfde schalen gebruikt worden voor de analyse van de lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland. Hieronder komen achtereenvolgens het doel gezondheidsbevordering, de vier intermediaire strategieën en het territoriale kader aan de orde.

Gezondheidsbevordering

Bij het doel gezondheidsbevordering is onderscheid te maken naar drie facetten. Op de eerste plaats is er de vraag naar het niveau waarop wordt gemeten. Op de tweede plaats kan er gekeken worden naar het type gegevens dat bij de meting gebruikt wordt en tenslotte is het van belang stil te staan bij het gehanteerde type onderzoek.

Een schema dat veel gebruikt wordt in lokaal welzijnsbeleid om niveaus van uitkomstverwachtingen van beleid in kaart te brengen, is het Prestaties-Kwaliteit-Resultaten-instrument (Attema en Van Wieringen 1993). Het is een indeling die opklimmend is vanaf de meting van de inputprestatie — gemeten als de ingezette uren en middelen — tot aan de meting van het uiteindelijke maatschappelijke effect van het beleid. Daartussen bevinden nog zich twee niveaus. Het eerste niveau na de inputmeting is de meting van de outputprestatie. Dit wordt omschreven als de gerealiseerde activiteiten en het aantal en soort van de feitelijke deelnemers. Het derde niveau betreft de meting van het resultaat van het beleid bij deze deelnemers. Hierbij wordt dus gekeken naar het effect op de mensen die een project daadwerkelijk 'in huis' heeft gehad. Dit in tegenstelling tot het genoemde vierde niveau, de meting van het maatschappelijk effect, waarin gekeken wordt naar de effecten van het beleid op de doelgroep als geheel of op de totale wijk. In schema ziet het continuüm 'meetniveau' er als volgt uit:

Gezondheidsbevordering: meetniveau	omschrijving
Effect	De verandering die het geheel van activiteiten teweeg brengt in het gehele werkgebied.
Resultaat	De verandering die het geheel van activiteiten teweeg brengt bij de deelnemers aan de activiteiten.
Prestatie: output	Het aantal en soort gerealiseerde activiteiten; het aantal en soort deelnemers.
Prestatie: input	De ingezette uren en middelen.
Geen	Er worden geen resultaten gemeten.

Een belangrijk element in de discussie over deze uitkomstverwachtingen — zeker wanneer de uitkomsten gebruikt worden als financieringsgrondslag — is het fenomeen 'beïnvloedbaarheid'. Daarmee wordt de mate bedoeld waarin het beleid of de betreffende instelling de uitkomsten van het beleid kan beïnvloeden. Deze is het hoogst bij inputprestaties en het laagst bij effectmeting. Financiering op basis van resultaatmeting, maar zeker op basis van effectmeting, is voor een instelling veelal ongewis, omdat afgerekend wordt op een uitkomst die voor een groot deel niet door de instelling zelf te beïnvloeden is. Een andere discussie draait om meting in kwantiteit en kwaliteit. Hoe dichter de meting komt bij effectmeting, hoe moeilijker het doorgaans wordt een kwantitatieve 'harde' meting te verrichten en hoe meer men aangewezen is op kwalitatieve beschrijvingen. Een voorbeeld moge een en ander verduidelijken. Een buurthuis verzorgt voor het werkgebied een alfabetiseringscursus. De inputprestatie is relatief eenvoudig kwantitatief te meten: de docent-uren en de gebruikt middelen. De instelling heeft deze prestatie geheel in eigen hand. Ook outputprestaties zijn goed kwantitatief te meten:

het aantal en soort bijeenkomsten en deelnemers. Dat laatste is al minder goed door de instelling te beïnvloeden. Er kan immers ook concurrentie in het spel zijn. Op het derde niveau kan het resultaat gemeten worden dat de cursus bij de deelnemers heeft. Men kan toetsen of de deelnemers nu beter kunnen lezen en schrijven, en of de deelnemers tevreden zijn over het geleverde produkt. Tevredenheid is echter een relatief fenomeen en hangt bijvoorbeeld af van de verwachtingen, een fenomeen waarop de instelling weinig greep heeft. Ook het resultaat 'lezen en schrijven' is van meer factoren afhankelijk, zoals bijvoorbeeld de thuissituatie van de deelnemers. Tenslotte kan de cursus op het vierde niveau, de effectmeting, getoetst worden op de bijdrage die geleverd is aan de bestrijding van het analfabetisme in de wijk. Probleem hierbij is dat analfabetisme in de wijk afhankelijk is van een complex van factoren, zoals bijvoorbeeld het onderwijsniveau of verhuisbewegingen, waarop het buurthuis slechts een marginale invloed heeft. Meting van het maatschappelijk effect van het werk van de instelling is derhalve nauwelijks doenlijk.

Dit schema over het niveau van het meten lijkt ook goed toepasbaar op lokaal gezondheidsbeleid. Immers ook bij het doel gezondheidsbevordering kan gekeken worden naar de inzet van de instelling, naar de gerealiseerde activiteiten, naar het effect bij de deelnemers of naar het maatschappelijk effect. Daarbij kan de aantekening gemaakt worden dat prestatiemeting een reële vereiste is. Van een gezondheidsproject waarbij professionals zijn betrokken mag verwacht worden dat de ingezette middelen afgezet worden tegen de output. Ook een evaluatie van de resultaten mag als eis gesteld worden. Het lijkt niet zinnig een project af te sluiten zonder enige vorm van evaluatie onder de deelnemers. Effectmeting kan daarentegen hooguit als een inspanningsverplichting op langere termijn gelden. Toch worden er een enkele keer wel degelijk effecten gemeten. Daar waar in Indianapolis resultaatmeting werd verricht (van de baby's die onder de hoede van het project werden geboren hadden er minder dan gemiddeld een te laag geboortegewicht), kon in Ypsilanti een effect worden vastgesteld: een daling van het aantal teenage-zwangerschappen in de stad.

Het tweede continuüm brengt de afstand in beeld die het beleidsdoel heeft tot het oorspronkelijke 'harde' doel *gezondheidswinst*. Het gaat om de vraag: welk resultaat van lokaal gezondheidsbeleid wordt gemeten. De ladder begint met het meet-object gezondheidswinst en eindigt bij een ver van gezondheidswinst afstaand criterium zoals de meting van de interne kwaliteit van het beleid. Daartussen bevinden zich criteria die achtereenvolgens steeds minder direct van invloed zijn op gezondheid.⁸ Achtergrond is het determinantenmodel van Lalonde (1974). De hoogste sport van de ladder is de uitkomstmaat van het model: gezondheid zoals dit gemeten kan worden aan de hand van verschillende indicatoren. Direct daaronder komen

⁸ Overigens is dit een van de mechanismen dat ten grondslag kan liggen aan onbedoelde effecten van beleid (Engbersen en Van der Veen 1992). Elk beleid heeft successen nodig. Wanneer het oorspronkelijke doel niet haalbaar blijkt, wordt uitgeweken naar een minder ambitieus doel. Wildavsky heeft dit systeem beschreven aan de hand van de Amerikaanse gezondheidszorg. Naarmate de gezondheidszorg steeds moeilijker in staat is om bij te dragen aan een feitelijke verbetering van de gezondheid, verschuiven de doelen van het beleid rond gezondheidszorg: van 'verbetering van de gezondheid' naar bijvoorbeeld 'gelijke toegang tot de zorg' (zie Wildavsky 1989: 284 e.v.).

de determinanten van gezondheid, betrokkenheid bij beleid⁹ en kennis op het gebied van een van de determinanten. Vervolgens komen een drietal treden die achtereenvolgens steeds minder geacht kunnen worden bij te dragen aan een verbetering van gezondheid.

Gezondheidsbevordering: type gegevens	omschrijving
Gezondheid	Gezondheidswinst: een toename van de levensverwachting; minder aandoeningen en handicaps; verbeterde ervaren gezondheid etc.
Determinanten van gezondheid	Een verbetering van de determinanten voor gezondheid (voor zover door beleid beïnvloedbaar): fysieke en sociale omgeving, leefwijzen en zorg(gebruik).
Betrokkenheid bij het beleid	Een versterking van de participatie en betrokkenheid bij het beleid door de doelgroep (participatie zelf kan ook gezien worden als een determinant voor gezondheid).
Kennis determinanten van gezondheid	Een verbetering van de kennis over determinanten van gezondheid; het gaat hier meestal over de determinant leefwijze; bijvoorbeeld toegenomen bekendheid met gezonde voeding.
Bekendheid met het beleid	Het bereik van het beleid: toename van het deel van de doelgroep dat is bereikt of kennis heeft genomen van het beleid of project.
Beleidsvoorwaarden	Een versterking van belangrijk geachte aspecten van lokaal gezondheidsbeleid zoals intersectorale samenwerking, de community-benadering, gegevens als basis, politieke binding en dergelijke.
Beleidsproces	De interne kwaliteit van het beleid of project. Gerealiseerde activiteiten.
Geen	Er worden geen resultaten gemeten.

Bij de analyse van lokale gezondheidsprojecten kan gebruik gemaakt worden van dit schema. Het streven zou moeten zijn om bij de opzet van een project evaluatiecriteria te kiezen die — als een beoordeling op het criterium gezondheidswinst niet mogelijk is — zo hoog mogelijk op de ladder staan. Criteria die met andere woorden zo dicht mogelijk bij het oorspronkelijk doel komen: het verkleinen van gezondheidsverschillen door de gezondheid van de minst bedeelden te verbeteren. De vier laatste beleidsdoelen hebben nog slechts een onduidelijk en indirect verband met gezondheid. Reële resultaten van lokaal gezondheidsbeleid moeten derhalve gemeten kunnen worden aan de hand van het bovenste deel van de ladder: ge-

⁹ Betrokkenheid bij beleid is een bijzondere determinant, omdat betrokkenheid of participatie in zichzelf gezien wordt als gezondheidsbevorderend (Peterson en Stunkard 1989).

zondheid, de determinanten van gezondheid, de betrokkenheid bij beleid of de kennis van determinanten van gezondheid.

De derde as geeft aan met welk type onderzoek veranderingen rond gezondheidsbevordering worden vastgesteld. Het eerste type, fysiek onderzoek, sluit exclusief aan bij het eerste niveau van het vorige continuüm: gezondheid zelf. Van dit type onderzoek is sprake wanneer er bij de respondenten bijvoorbeeld bloed wordt afgenomen en wordt geanalyseerd of wanneer het lichaamsgewicht wordt vastgesteld. De andere typen onderzoek — analyse van gegevensbestanden, enquête, sleutelinformanten-onderzoek en onderzoek naar berichtgeving in lokale media — kunnen zowel betrekking hebben op gezondheid, op de determinanten van gezondheid als op factoren die een geringere samenhang met gezondheid hebben. De beide eerste typen, fysiek onderzoek en analyse van bestanden, betreffen 'objectieve' gegevens. Dat wil zeggen gegevens waarbij de eigen interpretatie van de subjecten niet van invloed is. Bij de analyse van bestanden gaat het vaak om het herberekenen van gezondheidsindicatoren zoals mortaliteits- en morbiditeitscijfers naar het lokale niveau, en om een soortgelijke herberekening van cijfers die de determinanten van gezondheid betreffen: bevolkingsopbouw, inkomen, opleiding, huisvesting en dergelijke. Bij de verschillende enquête-vormen en bij sleutelinformanten-onderzoek is de eigen interpretatie van de subject daarentegen wel prominent. Er worden vragenlijsten gebruikt die zicht geven op de eigen gezondheid zoals het subject die ervaart¹⁰ en op de eigen inschatting van factoren die als determinanten van gezondheid worden gezien. Het laatste type onderzoek uit het schema betreft onderzoek naar de manier waarop gezondheid in een bijzonder instituut naar voren komt: de media.¹¹

Gezondheidsbevordering: type onderzoek	omschrijving
Fysiek onderzoek	Biologisch of medisch onderzoek. Bloedafname en -analyse. Conditietesten. Onderzoek fysieke determinanten.
Analyse bestanden	Analyse van cijfermateriaal. Mortaliteits- en morbiditeitscijfers. Gegevens determinanten. Cijfers deelname aan activiteiten.
Enquête	Representatief onderzoek naar de eigen interpretatie van de gezondheid door subjecten. Schriftelijke, telefonische of huis-aan-huis-enquête.
Onderzoek sleutelinformanten	Onderzoek onder professionals of sleutelinformanten over hun inschattingen.
Onderzoek lokale media	Onderzoek naar de berichtgeving in de lokale media.

¹⁰ Bijvoorbeeld de Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid (Dirken 1967).

¹¹ Zie voor de kenmerken van deze 'moral entrepreneur' Henshel 1990.

Het is van belang in het oog te houden dat in tegenstelling tot de schalen bij 'meetniveau' en 'type gegevens' er hier geen sprake is van een kwalitatieve volgorde. Fysiek medisch onderzoek is niet per definitie waardevoller dan de analyse van bestaande gegevensbestanden of het houden van een enquête. De schaal bevindt zich met andere woorden niet op ordinaal, maar op nominaal niveau. De verschillende typen onderzoeken kunnen afzonderlijk worden ingezet, of in combinatie worden gebruikt. Een resultaatmeting die enkel bestaat uit onderzoek naar de berichtgeving in lokale media lijkt evenwel onvoldoende.

Gegevens als basis

Wanneer gekeken wordt naar de basis van een lokaal gezondheidsproject kan een onderscheid gemaakt worden naar enerzijds het soort van gegevens dat de basis, de aanleiding of de achtergrond van een gezondheidsproject vormt en anderzijds naar de wijze waarop deze gegevens verzameld zijn. De verschillende meetniveaus — prestatie, resultaat en effect — zoals die naar voren kwamen bij gezondheidsbevordering zijn hier niet van toepassing, omdat het bij gegevens als basis niet gaat om het meten van resultaten van beleid, maar om de aanleiding ervan.

Wat betreft het type gegevens is de meest 'harde' categorie feitelijk geconstateerde gezondheidsverschillen. Een gezondheidsproject dat start naar aanleiding van een dergelijke constatering sluit direct aan bij de eerste doelstelling van het Health for All programma van de Wereldgezondheidsorganisatie: het verkleinen van gezondheidsverschillen (WHO 1985). Het Corner Health Center in Ypsilanti, Michigan, is ontstaan naar aanleiding van onderzochte gezondheidsverschillen, in dit geval de relatief hoge zuigelingensterfte. Ook Equally Healthy Kids is gestart op grond van vergelijkbare onderzoeksresultaten. De tweede categorie 'onvrede, actie bewoners' is andersoortig in vergelijking met 'geconstateerde SEGV' en 'geconstateerde gezondheidsbehoeften'. Het gaat immers niet om onderzoeksmatig verkregen gegevens. In plaats daarvan dringt de maatschappelijke werkelijkheid zich op en vraagt om reactie. Het lunchproject dat op verzoek van verslaafden in La Casa in Detroit is opgezet, is een voorbeeld van deze categorie. De Community Health Officers in Toronto gaan er zelfs expliciet vanuit dat alleen datgene dat door bewoners zelf naar voren is gebracht werkbaar is. Samen met de volgende categorie, geconstateerde gezondheidsbehoeften, zijn dit gegevens waarin de beleving en ervaringen van de subjecten een grote rol speelt. In het multicultureel gezondheidscentrum Access Alliance in Toronto is bijvoorbeeld via onderzoek onder sleutelinformanten vastgesteld op welke wijze het centrum aan zou kunnen sluiten bij de gezondheidsbehoeften in de verschillende etnische gemeenschappen. Bij de categorie 'idee' tenslotte gaat het om een ideële inspiratie van meestal professioneel betrokkenen als aanleiding voor een gezondheidsproject. Kids in Action is bijvoorbeeld een experiment met de rol die kinderen in achterstandssituaties mogelijk in health promotion kunnen spelen.

Gegevens als basis: type gegevens	omschrijving
Geconstateerde gezondheidsverschillen	Gezondheidsachterstand van een buurt of specifieke groep en de mogelijke determinanten ervan. Deze gegevens zeggen niet bij voorbaat iets over de manieren waarop betrokkenen deze ervaren.
Onvrede, actie bewoners	Door bewoners gearticuleerde behoeften, gezondheids- of andere problemen. Bewonersacties richting politiek of instellingen.
Geconstateerde gezondheidsbehoeften	Vastgestelde behoeften rond gezondheid of gezondheidsdeterminanten.
Idee	Achtergrond is een idee, filosofie, politiek of andere inspiratie.
Geen	Geen gegevens als basis.

De laatste twee categorieën zijn op zichzelf geen voldoende basis, omdat dit strijdig is met het concept lokaal gezondheidsbeleid. Er moet immers steeds sprake zijn van enige vorm van empirische gegevens als basis voor beleid. Een reëel uitgangspunt zijn objectieve gegevens, die gevalideerd zijn door subjectieve gegevens. Geconstateerde gezondheidsproblemen moeten door betrokkenen als relevant ervaren worden, omdat er alleen zo een overstap is te maken van onderzoek naar beleid waarin betrokkenen een actieve rol kunnen vervullen. Dit betekent dat de eerste categorie 'geconstateerde gezondheidsverschillen' gecombineerd moet zijn met 'onvrede, actie bewoners' dan wel met 'geconstateerde gezondheidsbehoeften'. Het betekent tevens dat ook deze schaal op nominaal niveau is.

Voor de typen onderzoek waarmee de gegevens verzameld zijn, kan ongeveer dezelfde schaal gebruikt worden die ontwikkeld is bij gezondheidsbevordering:

Gegevens als basis: type onderzoek	omschrijving
Fysiek onderzoek	Biologisch of medisch onderzoek. Bloedafname en -analyse. Conditietesten. Onderzoek fysieke determinanten.
Analyse bestanden	Analyse van cijfermateriaal. Mortaliteits- en morbiditeitscijfers. Gegevens determinanten.
Enquête	Representatief onderzoek naar de eigen interpretatie van de gezondheid door subjecten. Schriftelijke, telefonische of huis-aan-huis-enquête.
Onderzoek sleutelinformanten	Onderzoek onder professionals of sleutelinformanten over hun inschattingen.
Onderzoek lokale media	Onderzoek naar de berichtgeving in de lokale media.

Onderzoek naar berichtgeving in de lokale media kan een ondersteunende, maar geen zelfstandige rol vervullen als achtergrond voor lokaal gezondheidsbeleid. Het is aantrekkelijk wanneer de verschillende methodieken in een geïntegreerde en interactieve eenheid worden gebruikt, waarbij zowel instellingen binnen en buiten de gezondheidszorg als bewoners betrokken zijn. Gegevens kunnen daarbij een rol spelen in de overstap van onderzoek naar activiteiten.

Intersectorale samenwerking

Het streven naar samenwerking in lokaal gezondheidsbeleid vloeit voort uit het gehanteerde determinantenmodel (Lalonde 1974). Het model onderscheidt vijf factoren die verantwoordelijk zijn voor de produktie van gezondheid en gezondheidsproblemen: biologische factoren, fysieke en sociale factoren, leefwijzen en zorg. Samenwerking met instellingen kan inhoudelijk dan ook worden beschreven door het determinantenmodel te gebruiken om maatschappelijke werksoorten of sectoren te categoriseren en te kijken in welke sectoren de instellingen die in een gezondheidsproject samenwerken actief zijn. Het niveau van de schaal die hieruit resulteert is nominaal.

Intersectorale samenwerking: sectoren	omschrijving
Biologische factoren	Biologische en erfelijke factoren zoals aanleg en geslacht.
Fysieke factoren	Materiële factoren zoals arbeidsomstandigheden, wonen en woonomgeving, milieu en verkeer. Hierbij valt te denken aan instellingen als de Arbeidsinspectie, een gemeentelijke Dienst Stadsbeheer of het openbaar vervoer.
Sociale factoren	Sociale factoren zoals vooral opleiding, beroep en inkomen, maar ook familie en vrienden of een specifieke buurtcultuur. Hierbij horen instellingen zoals scholen, arbeidsvoorzieningen, het welzijnswerk, de politie en dergelijke.
Leefwijzen	Hier gaat het om aspecten van gedrag zoals roken, alcohol- en medicijngebruik, lichaamsbeweging en stress. Instellingen op dit gebied zijn bijvoorbeeld sportverenigingen, de CAD's of bureaus Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding.
Gezondheidszorg	De aspecten hiervan zijn de kwaliteit, de toegankelijkheid en de prijs van de gezondheidszorgvoorzieningen. Hierbij valt aan instellingen te denken zoals de RIAGG's, ziekenhuizen, huisartsen of de gemeentelijke gezondheidsdiensten.
Geen	Er is geen sprake van samenwerking.

De biologische factoren kunnen verder buiten beeld blijven, omdat ze niet door beleid beïnvloedbaar zijn. Samenwerking enkel tussen instellingen op het gebied van de gezondheidszorg hoort thuis bij zorgvernieuwing en valt buiten het kader van lokaal gezondheidsbeleid. Men streeft immers juist naar het doorbreken van verkokering. Buiten de gezondheidszorg zelf dient samenwerking dus minimaal betrekking te hebben op een of meerdere instellingen die zich bewegen rond fysieke of sociale factoren dan wel leefwijzen.

In praktijk blijken er twee niveaus van de samenwerking onderscheiden kunnen worden: samenwerking tussen werkers op uitvoerend niveau en samenwerking waarbij het management van instellingen betrokken is. Vaak komt samenwerking eerst informeel op uitvoerend niveau tot stand en wordt later geprobeerd het fiat van het management te verkrijgen.

Intersectorale samenwerking: niveau	omschrijving
Uitvoerend	Samenwerking vindt plaats op uitvoerend niveau (operationeel niveau).
Management	Samenwerking vindt plaats op het niveau van de leiding of het management (tactisch of strategisch niveau).

Reëel is samenwerking gelijktijdig op de beide niveaus. Samenwerking met het uitvoerend niveau is natuurlijk noodzakelijk, omdat er alleen dan concreet gewerkt kan worden aan gezondheidsbevordering. Maar ook op niveau van het management is samenwerking nodig vanwege de nodige financiële basis en een perspectief op langere termijn.

Politieke betrokkenheid

Betrokkenheid van het lokale politieke bestuur kan op verschillende niveaus plaats vinden. Op de eerste plaats kan het politieke bestuur een beleidskader creëren waarin lokale gezondheidsinitiatieven een plaats hebben. Ook kan de politiek los van een bestaand gezondheidsbeleid afzonderlijke initiatieven ondersteunen. De gemeenteraad van Indianapolis speelde bijvoorbeeld een dergelijke rol bij de ondersteuning van het MOM-project. Een derde vorm van politieke betrokkenheid is de feitelijke deelname van politici aan lokale gezondheidsprojecten. Ook kan het politieke bestuur zorgen voor de politieke dekking van een project. Tenslotte kan de politiek betrokken zijn doordat ze geïnformeerd wordt.

Politieke betrokkenheid: niveau	omschrijving
Beleidskader	De politiek creëert een beleidskader en stimuleert initiatieven.
Opdracht	Verleent opdracht en subsidie en toetst resultaten.
Deelname	Politici nemen (incidenteel) deel aan activiteiten of vervullen een bestuurlijke rol.
Dekking	Zorgt voor bevoegdheden of dekking (i.v.m. samenwerking of bij projecten die de levenssfeer van mensen betreffen).
Wordt geïnformeerd	De politiek wordt van projecten geïnformeerd over voortgang, resultaten etc.
Geen	De politiek is niet op enigerlei wijze betrokken.

Afhankelijk van de omstandigheden — zoals de schaalgrootte van een project of de mate waarin de projectdoelen indringen in de privésfeer — zal een bepaald niveau van politieke betrokkenheid het meest geëigend zijn. Basisvoorwaarden voor lokaal gezondheidsbeleid zijn enige politieke dekking en een regelmatige informering van de politiek. Bij kleinschalige projecten in wijken is een meer intensieve politieke betrokkenheid geen voorwaarde.

Participatie

De ladder van Arnstein (1969), die besproken is in hoofdstuk vier, kan gebruikt worden voor een continuüm van niveaus waarop leken of wijkbewoners kunnen participeren in lokaal gezondheidsbeleid. De schaal, op ordinaal niveau, loopt af van volledige zeggenschap, via steeds zwakkere vormen van participatie, tot aan de laagste sport, manipulatie.

Participatie: niveau	omschrijving
Zelfbestuur	Volledige zeggenschap en onafhankelijkheid.
Gedelegeerde macht	Zeggenschap in meerderheid.
Partnerschap	Onderhandeling is mogelijk.
Afkopen	Tegemoetkoming door schijn-participatie.
Consultatie	Betrokkenen kunnen zich laten horen.
Informeren	Betrokkenen worden geïnformeerd.
Therapie	Bedoeling is niet participatie, maar opvoeden, onderwijzen of genezen.
Manipulatie	Manipulatie.

Arnstein heeft de acht sporten van de ladder onderverdeeld in 3 categorieën: werkelijke

medezeggenschap, symbolische medezeggenschap en non-participatie. Voor lokaal gezondheidsbeleid vormen de drie niveaus van participatie die onder werkelijke participatie vallen — partnerschap, gedelegeerde macht en zelfbestuur — reële vormen van participatie. Een veelvoorkomende vorm hiervan is de aanwezigheid van leden van de doelgroep in een initiatiefgroep of bestuur van een gezondheidsproject. Access Alliance heeft bijvoorbeeld een bestuur waarin leden van elk van de vier etnische gemeenschappen zitting hebben.

Participatie kan niet alleen beschreven worden naar niveau, maar ook naar de fase waarin een project zich bevindt wanneer bevolkingsparticipatie gerealiseerd wordt. Achtereenvolgens kunnen vier fasen in een project(cyclus) worden onderscheiden: de fase waarin een initiatief ontstaat, de fase waarin een project wordt ontworpen en opgezet, de uitvoeringsfase en tenslotte de fase waarin de balans wordt opgemaakt, eventueel als start voor een volgend project. In het Northern Highschool Community Project in Detroit lag een uitgewerkt plan klaar voor de uitvoering van een project. Toch startte men dat niet omdat men de buurt als het ware met terugwerkende kracht alsnog in een eerdere fase bij het project wil betrekken. In Bospolder-Tussendijken heeft het initiatief voor het project Migranten en Gezondheid daadwerkelijk bij de bewonersorganisatie gelegen. Ook bij de Stichting Krakatau en bij de Wijkbus Alexander hebben bewoners het initiatief genomen. Een verbijzondering van de uitvoeringsfase is 'consumptie'. Leden van de doelgroep kunnen immers actief participeren in de uitvoering van een project, maar het is ook mogelijk dat men in deze fase slechts als consumenten van bijvoorbeeld een voorziening betrokken is.

Participatie: fase	omschrijving
Initiatief	Betrokkenheid bij initiatief of ontstaansfase van een project.
Ontwerp	Participatie bij ontwerp, planning en vormgeving.
Uitvoering	Bijdragen aan de uitvoering van een project.
Evaluatie	Evaluatie en besluitvorming over eventueel vervolg.
Consumptie	Men is als consument bij een project betrokken.

Deze laatste fase strookt niet meer met de uitgangspunten van lokaal gezondheidsbeleid. De consumptie van een dienst is niet te beschouwen als een vorm van feitelijke participatie in lokaal gezondheidsbeleid. Participatie moet dus aan de orde zijn in één of zo mogelijk meer van de eerste vier fasen: initiatief, ontwerp, uitvoering of evaluatie.

Territoriaal kader

Belangrijk bij het territoriale kader, zo bleek in hoofdstuk vier, zijn het schaalniveau (respectievelijk stad, stadsdeel en buurt) en de vraag in hoeverre binnen het territoriaal kader onderscheid wordt gemaakt naar specifieke groepen. Bij het onderscheid tussen stad, stadsdeel en buurt is gekeken naar het aantal inwoners. Daarbij is het globale inwonertal van een stads-

deel of deelgemeente, tussen de 40.000 en 80.000 inwoners, als uitgangspunt genomen. Wanneer een gezondheidsproject zich op een stad als geheel richt gaat het doorgaans om een groter inwonertal en bij gerichtheid op een buurt is de doelgroep doorgaans aanmerkelijk kleiner. Bij de gerichtheid op specifieke groepen kan onderscheid gemaakt worden tussen een specifieke groep als abstracte constructie ('Marokkanen in wijk X') en een specifieke groep als een werkelijk bestaand netwerk ('een groep schoolkinderen in klas Y'). Dit levert het volgende continuüm op:

Territoriaal kader: schaalniveau	omschrijving
Specifiek netwerk	Binnen wijk of buurt toegespitst op een specifieke groep als een bestaand netwerk.
Specifieke groep	Binnen wijk of buurt toegespitst op een specifieke groep.
Wijk of buurt	Het kader is wijk of buurt. Het inwonertal is beduidend kleiner dan bij stadsdeel of deelgemeente.
Stadsdeel of deelgemeente	Het kader is een stadsdeel of deelgemeente. Aantal inwoners ongeveer tussen de 40.000 en 80.000.
Stad	Het kader is de stad als geheel. Meer dan 80.000 inwoners.

Gezien de uiteenzetting over het uiteenvallen van stadswijken als gemeenschappen, en vanwege de noodzakelijke aansluiting van projecten bij de leefwereld van betrokkenen, is het onderste deel van het continuüm (stad; stadsdeel of deelgemeente; wijk of buurt) geen reëel uitgangspunt voor lokaal gezondheidsbeleid. Er moet een toespitsing zijn op een specifieke groep of bestaand netwerk.

5.5 Conclusie

De resultaten van onderzoek naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten, Canada en Nederland blijken een bredere kijk mogelijk te maken op de eigen doelen van lokaal gezondheidsbeleid. Zowel het doel gezondheidsbevordering, de intermediaire strategieën gegevens als basis, intersectorale samenwerking, politieke binding en participatie, als het gehanteerde territoriale kader hoeven niet beperkt geëvalueerd worden in een ja/nee-schema, maar kunnen gedifferentieerd worden naar één of meerdere continua. Ook bleek het mogelijk op elk van deze schalen een punt vast te stellen dat kan dienen als minimum. Een lokaal gezondheidsproject haalt het betreffende doel, wanneer minimaal dit punt wordt bereikt. Een complicatie bleek dat een enkele schaal zich niet op ordinaal, maar op nominaal niveau bevindt. Er is dan geen sprake van een opklimmende volgorde en van een minimaal te bereiken positie. De reële posities op de schaal zijn dan meerdere, nevengeschikte punten.

Het doel gezondheidsbevordering bleek uiteen te kunnen vallen in het meetniveau, het type gegevens en het type onderzoek dat gebruikt wordt om die gegevens te verzamelen. Het *meetniveau* moet minimaal de prestatie op outputniveau kunnen meten. Bij het *type gegevens* geldt dat reële resultaten van lokaal gezondheidsbeleid gemeten moeten kunnen worden aan de hand van gezondheid, de determinanten van gezondheid, de betrokkenheid bij beleid of de kennis van determinanten van gezondheid. Bij het *type onderzoek* lijkt een resultaatmeting die enkel bestaat uit onderzoek naar de berichtgeving in lokale media onvoldoende.

De intermediaire strategie gegevens als basis kan bekeken worden naar type gegevens en type onderzoek. Bij het *type gegevens* geldt dat de eerste categorie 'geconstateerde gezondheidsverschillen' gecombineerd moet zijn met 'onvrede, actie bewoners' dan wel met 'geconstateerde gezondheidsbehoeften', omdat een reël uitgangspunt objectieve gegevens zijn, die gevalideerd worden door subjectieve gegevens. Ook bij de strategie gegevens als basis geldt dat onderzoek naar de lokale media op zichzelf geen zelfstandige basis is voor lokaal gezondheidsbeleid. Elk van de andere vier *typen onderzoek* is als reël aan te merken.

Intersectorale samenwerking heeft twee continua: de sectoren waarmee samengewerkt wordt en het niveau waarop de samenwerking plaats vindt. Wat betreft de *sectoren* waarmee samengewerkt wordt, dient buiten de gezondheidszorg zelf samenwerking minimaal betrekking te hebben op een of meerdere instellingen die zich bewegen rond fysieke of sociale factoren dan wel leefwijzen. Reël is samenwerking gelijktijdig op de beide *niveaus*: uitvoerend en managementniveau.

Politieke betrokkenheid wordt gedekt door één continuüm: het *niveau* van politieke betrokkenheid. Basisvoorwaarden voor lokaal gezondheidsbeleid zijn enige politieke dekking en een regelmatige informering van de politiek.

Bij participatie kunnen twee schalen onderscheiden worden: het niveau van participatie en de fase waarin participatie plaats vindt. Voor lokaal gezondheidsbeleid vormen de drie *niveaus* van participatie die onder werkelijke participatie vallen — partnerschap, gedelegeerde macht en zelfbestuur — reële vormen van participatie. Daarnaast moet er sprake zijn van participatie in één, of zo mogelijk meer van de eerste vier *fasen*: initiatief, ontwerp, uitvoering of evaluatie.

Het territoriaal kader tenslotte kan geanalyseerd worden op het *schaalniveau* waarop gewerkt wordt. Het onderste deel van het continuüm (stad; stadsdeel of deelgemeente; wijk of buurt) vormt geen reël uitgangspunt voor lokaal gezondheidsbeleid. Er moet een toespitsing zijn op een specifieke groep of bestaand netwerk.

De continua zijn in onderstaand schema samengevat. Deze aldus ontwikkelde schalen zijn het gereedschap waarmee in hoofdstuk zes een analyse wordt gemaakt van recente lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland.

doel of strategie	continuüm	stadia
Gezondheidsbevordering	Meetniveau	<ul style="list-style-type: none"> . Effect . Resultaat . Prestatie: output . Prestatie: input . Geen
	Type gegevens	<ul style="list-style-type: none"> . Gezondheid . Determinanten van gezondheid . Betrokkenheid bij beleid . Kennis determinanten gezondheid . Bekendheid met het beleid . Beleidsvoorwaarden . Beleidsproces . Geen
	Type onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> . Fysiek onderzoek . Analyse bestanden . Enquête . Onderzoek sleutelinformanten . Onderzoek lokale media
Gegevens als basis	Type gegevens	<ul style="list-style-type: none"> . Geconstateerde gezondheidsverschillen . Onvrede, actie bewoners . Geconstateerde gezondheidsbehoeften . Idee . Geen
	Type onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> . Fysiek onderzoek . Analyse bestanden . Enquête . Onderzoek sleutelinformanten . Onderzoek lokale media
Intersectorale samenwerking	Sectoren	<ul style="list-style-type: none"> . Biologische factoren . Fysieke factoren . Sociale factoren . Leefwijzen . Gezondheidszorg . Geen
	Niveau	<ul style="list-style-type: none"> . Uitvoerend . Management
Politieke betrokkenheid	Niveau	<ul style="list-style-type: none"> . Beleidskader . Opdracht . Deelname . Dekking . Wordt geïnformeerd . Geen
Participatie	Niveau	<ul style="list-style-type: none"> . Zelfbestuur . Gedelegeerde macht . Partnerschap . Afkopen . Consultatie . Informeren . Therapie . Manipulatie
	Fase	<ul style="list-style-type: none"> . Initiatief . Ontwerp . Uitvoering . Evaluatie . Consumptie

Territoriaal kader	Schaalniveau <ul style="list-style-type: none"> . Stad . Stadsdeel of deelgemeente . Wijk of buurt . Specifieke groep . Specifiek netwerk
--------------------	--

6 Gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland

6.1 Inleiding

In dit zesde hoofdstuk wordt het centrale onderwerp van dit boek onder de loep genomen: lokale gezondheidsprojecten zoals die vorm krijgen in de vier grote steden in Nederland. In dit hoofdstuk wordt op systematische wijze ingegaan op lokale gezondheidsprojecten zoals deze in Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag tot stand zijn gekomen. Het hoofdstuk is als volgt opgezet. Allereerst komen de vraagstellingen van het onderzoek aan bod (par. 6.2). Na een algemene beschrijving van de lokale gezondheidsprojecten in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht in paragraaf 6.3 volgt een paragraaf over de beoogde effecten (6.4). Begonnen wordt met de problematiek van het territoriale kader (par. 6.4.1). Daarna komen achtereenvolgens de vier intermediaire strategieën aan de orde: gegevens als basis (6.4.2), intersectorale samenwerking (6.4.3), politieke binding (6.4.4) en bevolkingsparticipatie (6.4.5.). Tenslotte wordt aandacht besteed aan de vraag rond het uiteindelijke doel: gezondheidsbevordering (6.4.6). De opbouw van deze paragrafen is steeds dezelfde: achtereenvolgens passeren de vier steden Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag de revue en de paragraaf besluit met een balans aan de hand van de ontwikkelde continua. Paragraaf 6.5 geeft rond de bedoelde effecten de uiteindelijke stand van zaken. In paragraaf 6.6 gaat het om de eventuele onbedoelde effecten van de lokale aanpak van gezondheidsproblemen. Aan de orde komen de thema's rond medicalisering versus emancipatie, culturen van gezondheid en de rol van onderzoek.

6.2 Vraagstellingen

In de vraagstellingen en de analyse wordt onderscheid gemaakt tussen beoogde effecten van lokaal gezondheidsbeleid (par. 6.2.1) en eventuele onbedoelde effecten ervan (par. 6.2.2).

6.2.1 Beoogde effecten

Sturend voor de analyse zijn op de eerste plaats eigen interne doelen en subdoelen zoals die bij het 'nieuwe' lokale gezondheidsbeleid geformuleerd worden. Dit zijn ook de aangrijpingspunten in het vijfde hoofdstuk geweest. Het gaat om de manier waarop vorm wordt gegeven aan de centrale doelstelling *bevordering van gezondheid*, aan het gehanteerde territoriale kader en aan de intermediaire doelen *participatie*, *intersectorale samenwerking*,

politieke betrokkenheid en gegevens als basis.

De beschrijving van deze doelen en strategieën bleek ingewikkeld te zijn. Het bleek onmogelijk simpelweg vast te stellen of een doel al dan niet behaald is. De werkelijkheid bleek gecompliceerder en een meer gedifferentieerde benadering was nodig. Gezondheidsbevordering, de vier intermediaire strategieën en het gehanteerde territoriale kader bleken niet alleen meerdere dimensies te hebben, maar deze bleken ook opgevat te moeten worden als continua. Het bleek mogelijk op deze continua posities te vinden die als reële criteria kunnen fungeren. Daarmee is een analysekader ontwikkeld waarmee de lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland beschreven kunnen worden.

Lokaal gezondheidsbeleid heeft gezondheidsbevordering als overkoepelend doel. Uiteindelijk gaat het om het verbeteren van de gezondheid en om het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In hoofdstuk twee is aangetoond dat deze gezondheidsverschillen zich met name binnen de grote steden manifesteren als gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen en als verschillen in gemiddelde gezondheid tussen uiteenlopende stadsbuurten. 'Gezondheidsbevordering' wordt dan ook steeds opgevat als het verbeteren van de gezondheid van de minst bedeelde groepen of buurten. De vraag die beantwoord moet worden luidt:

1. In hoeverre werkt lokaal gezondheidsbeleid gezondheidsbevorderend en vergroot het daarmee het gezondheidskapitaal van groepen met een gemiddeld mindere gezondheid?

Als subdoelen van lokaal gezondheidsbeleid gelden de intermediaire strategieën die binnen lokaal gezondheidsbeleid gevolgd worden om gezondheidsbevordering te bereiken: gegevens als basis, intersectorale samenwerking, politieke betrokkenheid en bevolkingsparticipatie. Hieruit vloeien de volgende vragen voort:

2. In hoeverre worden feitelijk gegevens gebruikt als basis voor lokaal gezondheidsbeleid?

3. In hoeverre is er bij lokaal gezondheidsbeleid sprake van samenwerking tussen verschillende sectoren?

4. In hoeverre is er bij lokaal gezondheidsbeleid sprake van binding met de politiek?

5. Welk participatie-begrip wordt gehanteerd in lokaal gezondheidsbeleid en in hoeverre is er sprake van participatie?

Gezondheidsbevordering is een doelstelling die men probeert te verwezenlijken in een lokale context. In hoofdstuk vier is beschreven dat het werken in een lokale context, zoals een stadsbuurt, niet onproblematisch is. De moderne stadsbuurt is een mozaïek van groepen en sub-buurtjes en is wellicht beter als arena van tegenstellingen dan als een gemeenschap te beschrijven. Ook werd duidelijk dat veel determinanten van gezondheid niet op een dergelijk kleinschalig niveau te beïnvloeden zijn. Dit leidt tot de vraag:

6. Op welke manier wordt in lokaal gezondheidsbeleid een territoriaal kader gehanteerd?

6.2.2 Onbedoelde effecten

Het gaat zowel bij de doelen als bij de intermediaire strategieën om de beoogde effecten van lokaal gezondheidsbeleid. De eigen interpretatie is daarbij leidraad. In hoofdstuk vier is betoogd dat lokaal gezondheidsbeleid echter niet alleen is op te vatten in termen van het streven naar bevordering van gezondheid, maar ook aspecten in zich draagt van medicalisering en disciplineren. Gezondheidsbevordering is niet louter neutraal, maar is óók een vorm van sociale controle. Tevens is betoogd dat disciplineren het tegendeel van disciplineren kan oproepen: verzet en vrijheid. Lokaal gezondheidsbeleid is te beschouwen als een poging om gezondheid in een nieuw en minder individualiserend kader te herdefiniëren.

Lokaal gezondheidsbeleid heeft dus wellicht niet enkel beoogde, maar ook effecten die niet als zodanig bedoeld zijn. Daarom wordt na de paragrafen over de bedoelde effecten gekeken naar eventuele *onbedoelde effecten* van lokaal gezondheidsbeleid. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

7. *In hoeverre is lokaal gezondheidsbeleid medicaliserend en disciplinerend en in hoeverre is lokaal gezondheidsbeleid emanciperend en de-individualiserend?*

Tenslotte bleek in hoofdstuk vier dat de theorieën over medicalisering en disciplineren te weinig specifiek zijn om te laten zien hoe de mechanismen van medicalisering en disciplineren de verschillende maatschappelijke groepen steeds verschillend raken. Om dit probleem te ondervangen is het concept culturen van gezondheid ontwikkeld. Lokaal gezondheidsbeleid zal zich — wil het beleid succesvol zijn — rekenschap moeten geven van de cultuur van gezondheid van de doelgroep. De vraag die hieruit voortkomt luidt:

8. *In hoeverre houdt lokaal gezondheidsbeleid rekening met culturen van gezondheid?*

Het onderzoek richt zich op lokaal gezondheidsbeleid zoals daaraan vorm wordt gegeven door de gemeentelijke gezondheidsdiensten van de vier grote steden. De openbare gezondheidsdiensten hebben immers in het kader van de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid de taak de volksgezondheid te monitoren en zonodig maatregelen te nemen. Het onderzoek betreft de periode 1990-1995. De verzameling van gegevens is afgesloten in juni 1995. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het schriftelijk materiaal dat over de projecten in de vier grote steden voorhanden is. Het betreft een groot aantal rapporten, artikelen in (wetenschappelijke) tijdschriften en boeken. Aanvullend hierop zijn interviews gehouden met projectcoördinatoren en zijn in de loop van de jaren een aantal werkbezoeken afgelegd. De interviews zijn op de band opgenomen en later verbatim uitgewerkt. Als vragenlijst is dezelfde lijst gebruikt die bij het verkennende onderzoek naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten, Canada en Nederland is gehanteerd, aangevuld met een aantal extra vragen.

6.3 De projecten

In deze paragraaf wordt de lokale aanpak van gezondheidsproblemen beschreven zoals die gestalte krijgt in de vier grote steden: Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag. In gaat in de vier steden in totaal om 11 projecten (Figuur 1). De projecten zijn in de tegenwoordige tijd beschreven, ook al zijn sommige inmiddels afgerond.



Figuur 1 De gezondheidsprojecten in de vier grote steden.

6.3.1 Rotterdam

Op 1 januari 1990 is op initiatief van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst voor Rotterdam en omstreken (GGD) het vijfjarige project *Gezonde Stad Rotterdam* van start gegaan. Het project dat als doel heeft de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen te verkleinen, is benoemd tot voorbeeldproject in het kader van de sociale vernieuwing in Rotterdam. Naast activiteiten gericht op de hele Rotterdamse bevolking, wordt in een aantal buurten extra aandacht besteed aan bevolkingsgroepen met een achterstand in gezondheid. De zogenaamde prioriteitsbuurten zijn Feijenoord en het Oude Westen. Hier is een coördinator buurtgericht werken aangesteld. De coördinator fungeert als intermediair tussen de GGD en de buurt en heeft als taak de vraag uit de buurt en het aanbod van de GGD op elkaar af te stemmen. De buurten Crooswijk, het Nieuwe Westen en Hoogvliet krijgen extra aandacht via een con-

tactpersoon. De buurtgerichte werkwijze heeft als belangrijk kenmerk dat gezondheid — gede-
finieerd als fysiek, geestelijk en maatschappelijk welbevinden — intersectoraal benaderd wordt.
Er ligt veel nadruk op het tot stand brengen van samenwerking. Daarnaast zijn bevolkings-
participatie, politieke betrokkenheid en gegevens als basis van activiteiten aandachtspunten.
In totaal was van 1990 tot en met 1994 f300.000,= voor het project beschikbaar vanuit de
gemeentelijke sociale vernieuwing en ook ongeveer f300.000,= vanuit het reguliere budget
van de GGD. In totaal was er in 1993 3,3 fte voor Gezonde Stad beschikbaar. Hieronder
vallen 2 x 20 uur per week voor de buurtgerichte coördinatoren in Feijenoord en het Oude
Westen, 20 en 32 uur voor onderzoek in het Oude Westen en in Bospolder-Tussendijken,
en rond de 40 uren (migranten)voorlichting in Feijenoord en Bospolder-Tussendijken.

Feijenoord

In Feijenoord bestond een groep van ongeveer twintig vrouwen die elkaar regelmatig ontmoet-
ten en gezamenlijk cursussen volgden in het buurthuis. Vanuit deze groep vrouwen is de
wens naar voren gekomen een ontmoetingspunt rondom opvoeding en gezondheid te creëren.
De bestaande speel-o-theek in de wijk dreigde opgeheven te worden door een gebrek aan
vrijwilligers en bij de vrouwen ontstond het idee de speel-o-theek in een uitgebreidere vorm
zelf te gaan draaien. In 1990 waren de felle reacties uit de wijk op het onderzoek *Gezond
en Wel in Feijenoord* (De Jonge et al. 1990) voor de GGD de aanleiding om in de wijk
Feijenoord van start te gaan met het project Gezonde Stad. Er werd een buurtgerichte coördi-
nator aangesteld voor 2½ dag in de week. Zij is samen met de Uitvoeringseenheid Gezonde
Stad verantwoordelijk voor het 'buurtgericht gezondheidsbeleid'. De bewoners en werkers
in de wijk dragen zorg voor de uitvoering van de gezondheidsbevorderende initiatieven. Het
belangrijkste initiatief is Punt 50, een laagdrempelig informatiepunt over gezondheid. Het
informatiepunt is een samenwerking tussen de twintig vrijwilligsters, de GGD en het sociaal-
cultureel werk en wordt onder andere gefinancierd door de Sociale Vernieuwing Rotterdam.
Het is een plek waar mensen terecht kunnen met vragen over gezondheid en gezondheidszorg.
Zij worden telefonisch of aan de balie te woord gestaan door Nederlandse, Turkse en Marok-
kaanse voorlichtsters, die opgeleid en ondersteund worden door de medewerkers van de stede-
lijke gezondheidswijzer. In Punt 50 is ook de uitleen voor kinderspeelgoed gevestigd. Naast
uitleen kunnen ouders er ook voorlichting krijgen over speelgoed en opvoedingsvragen. Ook
hier spelen vrijwilligsters een belangrijke rol. In Punt 50 is tenslotte een ruimte waar bewoners
kunnen klussen of een cursus kunnen volgen. Hiernaast lopen, of hebben de volgende
projecten gelopen:

- * De Campagne Kinderveiligheid Feijenoord. Via groeps- en algemene voorlichting probeert
men in samenwerking met de Stichting Consument en Veiligheid en het Buurtwerk
kinderongevallen in en om het huis te voorkomen. De groepsvoorlichtingen zijn uitgevoerd
voor Nederlands, Turks en Marokkaans publiek. Professionals in de wijk zijn voorgelicht
over preventie van ongevallen met kinderen en er zijn publieksmanifestaties en een ten-
toonstelling georganiseerd.
- * Het Kinderkookcafé. Buurtbewoners kunnen eens per twee weken tegen een geringe ver-
goeding een gezonde maaltijd nuttigen die de kinderen gemaakt hebben. De kinderen

krijgen daarbij ook voedingsvoorlichting.

- * Voorlichting eigen taal. Een Turkse en Marokkaanse vrouw zijn werkzaam als 'gezondheidsvoorlichters in de eigen taal' en werken aan het uitbreiden en verbeteren van contacten met migranten in de wijk.
- * Project Jonge moeders met het oog op de toekomst. Dit is een project ter ondersteuning van jonge moeders in de leeftijd van 15 tot 23 jaar.
- * Gezond lunchen op school: gezond eten tijdens het overblijven tussen de middag op school.

Het Oude Westen

De coördinator buurtgericht werken in het Oude Westen heeft samen met de buurtbewoners en de overleggroep *Gezond Oude Westen* gezondheidsactiviteiten opgezet en uitgevoerd. In de overleggroep werken de GGD, de buurtwinkel, basisscholen, het maatschappelijk werk, de RIAGG, het sociaal-cultureel werk en de schoolverpleegkundige samen. Het project tracht een bijdrage te leveren aan een verbetering van de woon- en leefsituatie van vooral jongeren in de buurt. Activiteiten zijn *Klein zijn in het Oude Westen*, een cursus voor Turkse ouders over opvoeding die onder leiding van een Turkse psychologe in het najaar 1992 van start is gegaan, en een internationale ontmoetingsdag *Groot worden in Samenwerking*. Vooraf aan *Klein zijn in het Oude Westen* is onderzoek uitgevoerd naar de leefsituatie van kinderen in de wijk (Kos 1991). Andere onderdelen van het project in het Oude Westen zijn een naschoolse opvang, Gezondheidsvoorlichting aan Arabisch- en Turks sprekende vrouwen, Gezondheidsvoorlichting voor zowel meisjes als jongens in de leeftijd van 12 tot 16 jaar van verschillende nationaliteiten, *Kijk me Lijf* (op een speelse manier wordt in de klas aandacht besteed aan het thema gezondheid en ziekte), preventie eenzaamheid bij ouderen en het project *Omgaan met twee culturen* (een samenwerkingsproject van het RIAGG en de GGD). De buurtgerichte coördinator is voor 20 uur in de week aangesteld. In 1993 is kwalitatief onderzoek gedaan naar nieuwe mogelijkheden voor opvoedingsondersteuning in het Oude Westen (Van Gilst et al. 1993).

Bospolder-Tussendijken

Het project 'Migranten en gezondheid in Bospolder-Tussendijken' in Rotterdam is een samenwerking tussen het Rotterdams Instituut Bewonersondersteuning (RIO) en Gezonde Stad Rotterdam.¹ Het project richt zich op de gezondheidssituatie van bewoners van buitenlandse afkomst. Het project is ontstaan uit een initiatief van de Bewonersorganisatie Bospolder-Tussendijken in 1986. De bewonersorganisatie signaleerde specifieke problemen bij migranten en heeft een extern onderzoek laten verrichten. Uit het onderzoek bleek dat veel allochtonen problemen hadden met hun gezondheid en met de verleende zorg en dat ook hulpverleners problemen ervoeren bij de hulpverlening aan allochtonen. Gezondheidsproblemen bleken voort te komen uit discriminatie, uit het leven in een andere cultuur, uit zware arbeidsomstandigheden, een slechte woonsituatie en onzekerheid omtrent de toekomst voor

¹ Het project is eerder beschreven in hoofdstuk vijf.

hun kinderen (Kleingeld et al. 1989). Deze uitkomsten waren aanleiding voor het project Migranten en Gezondheid. Doel is het verbeteren van de gezondheidssituatie van allochtone bewoners in Bospolder-Tussendijken en vergroting van de zelfredzaamheid. De belangrijkste onderdelen zijn:

- * het Gezondheidsinformatiepunt. Bewoners en beroepskrachten kunnen hier terecht met vragen over gezondheid en voor ondersteuning bij activiteiten.
- * Voorlichtingsbijeenkomsten voor migrantenvrouwen.
- * Gespreksgroepen voor Turkse vrouwen met psycho-somatische klachten.
- * Onderzoek en activiteiten voor oudere migranten.
- * Opvoedingsondersteuning in het Buurt netwerk Jeugdhulpverlening.
- * Het stimuleren en ondersteunen van intersectorale samenwerking en netwerkontwikkeling in de wijk.

Het project is over 1991 tot en met 1993 gesubsidieerd door de rijksoverheid. Er zijn in die periode een 'gezondheidsopbouwwerker' als projectleider, een Marokkaanse en een Turkse gezondheidsvoorlichtster, een administratieve kracht en een onderzoekster aangesteld. Het project heeft een eigen plek in de wijk: een gebouw met kantoorruimten en ruimten voor voorlichting en voor spreekuren. Een Stuurgroep met vertegenwoordigers van het RIO en de GGD is eindverantwoordelijk. Inhoudelijk wordt het project gestuurd door een projectgroep waarin instellingen en migrantenorganisaties zitting hebben.

Het Nieuwe Westen

In het Nieuwe Westen draait sinds 1990 het Breed Overleg Migranten (BOM), waarin de bewonersorganisatie, de wijkagent, de jeugdhulpverlening en het RIAGG samenwerken. De aanleiding voor BOM was het gesignaleerde problematisch gedrag (vandalisme, criminaliteit, spijbelen) bij Marokkaanse kinderen en jongeren in de wijk. Samenwerkingsproblemen tussen de instellingen in de wijk waren een tweede aanleiding. Voorzitter van BOM en contactpersoon Gezonde Stad is de schoolarts in het Nieuwe Westen. Initiatieven zijn onder andere: ouderparticipatie om de kloof tussen gezin en school te verkleinen door o.a. gebruik te maken van een voorlichtingsfilm; een cursus voor Marokkaanse moeders op een school, gericht op opvoedingsondersteuning en het bevorderen van onderwijsondersteunend gedrag; onderzoek naar de verbetering van de gezondheid van migranten in de wijk.

Hoogvliet

In de deelgemeente Hoogvliet vonden in eerste instantie een tweetal activiteiten plaats in het kader van Gezonde Stad. Het gaat om een buurtnetwerk jeugdhulpverlening, een samenwerkingsverband tussen basisscholen en beroepskrachten in de gezondheidszorg, gericht op het ontwikkelen van preventieve activiteiten bestemd voor jongeren, en om de conferentie *Eén zorgregio* over het aanbrengen en bewaren van samenhang in de zorg. Later is er een samenwerkingsverband gestart ter bevordering van integratie van Antillianen en Arubanen gestart. Onderwerpen zijn criminaliteitspreventie en -bestrijding, scholing en werkgelegenheid.

Crooswijk

In deze wijk is op initiatief van de Bewonersorganisatie een project gestart dat tot doel heeft in een vroeg stadium hulp en ondersteuning te bieden aan mensen die niet voldoende zelfredzaam zijn en/of overmatige overlast veroorzaken. Het is een nieuwe vorm van zorg, omdat de cliënt niet naar de zorg toekomt, maar de zorg de cliënt opzoekt en aandacht schenkt aan de belangen van zijn of haar omgeving. De GGD ondersteunt het initiatief en heeft een sociaal-psychiatrische verpleegkundige aangewezen als verantwoordelijke voor het project. De verpleegkundige is in december 1991 aangesteld bij een instelling voor beschermde woonvormen en gestationeerd in het wijkgebouw van Crooswijk. De verpleegkundige wordt bij de werkzaamheden ondersteund door een groot aantal zorginstellingen in de wijk. Daarnaast worden er gezondheidsbevorderende activiteiten uitgevoerd, de informatievoorziening aan bewoners verbeterd en speciale aandacht geschonken aan ouderen, migranten en jonge ouders. De GGD draagt zorg voor evaluerend onderzoek.

In mei 1994 is het projectmatige karakter van het Gezonde Stad beleid Rotterdam afgesloten. De gezonde stad aanpak moet vanaf dat moment deel uit gaan maken van het reguliere beleid van de GGD. Er is dan geen financiering meer vanuit de sociale vernieuwingsgelden. De nadruk ligt dan vooral op samenwerking met de deelgemeenten.

6.3.2 Amsterdam

In 1990 is het project *Gezondheid in de Stadsdelen* van de GG&GD van start gegaan. Aanleiding was het tweede Vergelijkend Buurtonderzoek.² Daarin bleek dat sommige buurten in Amsterdam op het gebied van gezondheid probleemgebieden waren. Dat veroorzaakte in die buurten zelf nogal wat opschudding. Er zijn vragen in de Gemeenteraad gesteld en hieruit is in februari 1989 een motie voortgekomen waarin de raad f290.000,= ter beschikking stelde en de GG&GD uitgenodigde beleid te ontwikkelen om deze gezondheidsverschillen tussen buurten te verkleinen. Dit heeft geresulteerd in het project Gezondheid in de Stadsdelen. Kernpunten van het project zijn: onderzoek naar de achtergronden en naar de beïnvloedbaarheid van de mindere gezondheid in sommige stadsdelen, en het initiëren van concrete lokale activiteiten waarmee deze gezondheidsproblemen aangepakt kunnen worden. Gezondheid wordt gezien als niet enkel de afwezigheid van lichamelijke aandoeningen, maar ook als psychisch en sociaal welbevinden. Een veelheid van factoren is van invloed op gezondheid en een aanpak zal hiermee rekening moeten houden. Omdat veel van deze factoren op lokaal niveau te beïnvloeden zijn, en omdat mensen op dit niveau beter te bereiken zijn, is gekozen voor een lokale aanpak. Het schaalniveau is het stadsdeel, maar kan ook een kleinere eenheid zijn. Bij de initiatieven worden vier criteria gehanteerd:

- * ze moeten een relatie hebben met gezondheid;
- * de initiatieven moeten zichtbaar, herkenbaar en uitvoerbaar zijn;

² Van der Maas et al. 1987, zie hoofdstuk twee.

- * resultaatgericht zijn;
- * en tenslotte overdraagbaar en implementeerbaar zijn.

Er is met een plan gewerkt waarin achtereenvolgens de volgende stappen werden gezet: het opstellen van een gezondheidsprofiel voor het betreffende stadsdeel, het creëren van een netwerk van sleutelfiguren, de uitvoering van een gezondheidsenquête, het initiëren van projecten en tenslotte de formulering van beleidsvoorstellen. De activiteiten worden met name gedragen door de afdeling Epidemiologie en Documentatie, en, zoals een beleidsplan het verwoordt, *'de GG&GD wil nadrukkelijk verder gaan dan de rol van rapporterend overheidslichaam, dat zich verre houdt van de dagelijkse praktijk'*. Op grond van contacten die al bestonden met hulpverleners en bewonersorganisaties, is het stadsdeel Westerpark als eerste speerpunten gekozen. Westerpark bleek een van de stadsdelen met de minst goede gezondheid en er bleek een goede basis voor bewonersparticipatie. Na een verzoek tot nader onderzoek vanuit het stadsdeelbestuur van Amsterdam-Noord werd Noord het tweede speerpunt.

Stadsdeel Westerpark

De eerste stap in Westerpark was de ontwikkeling van een gezondheidsprofiel. Het gezondheidsprofiel is resultaat van een herbewerking van gegevens over de buurt en bevestigde de mindere score van de bewoners op bijna alle determinanten van gezondheid. Uit gesprekken met sleutelfiguren hierover kwamen gezondheidsproblemen bij met name ouderen naar voren en dit vormde de aanleiding voor een eerste interventie: het ouderenproject (zie hieronder). In 1991 is in het stadsdeel Westerpark een gezondheidsenquête gehouden. Waar het gezondheidsprofiel gegevens op buurtniveau levert, kan een enquête gegevens op individueel niveau bieden. De vragenlijst is gebaseerd op het determinantenmodel van Lalonde (Thomas et al. 1991b). Met hulp van Nederlandse en allochtone enquêteurs zijn 993 Nederlandse, Marokkaanse, Turkse of Engelse vragenlijsten ingevuld. De uitkomst van de enquête is in grote lijnen dat de bewoners van het stadsdeel gemiddeld ongunstig scoren op gezondheid en determinanten van gezondheid. Eind 1991 heeft er een bijeenkomst plaats gevonden waarin de resultaten van de enquête met betrokkenen zijn besproken. In 1992 is het Projectteam Westerpark opgericht.

Ondertussen was al eerder het Coördinatieproject Ouderenzorg opgezet. In de gesprekken met sleutelinformanten bleek dat de gezondheidstoestand van ouderen slechts was en dat er bij deze groep sprake was van geringe zelfredzaamheid en van eenzaamheidsproblematiek. Het hulpaanbod van de professionele hulpverlening bleek qua organisatie niet voldoende afgestemd op de hulpbehoeften van de groep ouderen. Er diende dan ook meer aandacht te komen voor de coördinatie van het hulpaanbod. De belangrijkste doelstelling van het project is het doorbreken van het isolement waarin veel alleenstaanden, met name hulpbehoevende ouderen verkeren. Deze eenzaamheidsproblematiek ontstaat door het heterogene karakter van de buurt, waardoor ouderen minder op hun omgeving kunnen terugvallen. Dit proces wordt versterkt door de stadsvernieuwing. Centraal in het project staan de ouderenbezoeken. Alle 1000 ouderen boven de 75 jaar worden jaarlijks individueel benaderd door enkele 'ouderenbezoekers'. Zij praten met de ouderen over hun situatie en signaleren eventuele knelpunten en behoeften aan hulp. Tijdens de huisbezoeken overhandigen ze informatiepakketten

over de mogelijkheden voor ouderen in het stadsdeel. Bij ouderen van 80 jaar en ouder wordt een uitgebreidere vragenlijst afgenomen naar model van de gezondheidsenquête Westerpark. Zo nodig worden ouderen verwezen naar de hulpverlening en wordt het verwijstraject in de gaten gehouden. Ouderen worden gewezen op de telefoonnummers van de wijkposten voor ouderen, waar men met uiteenlopende vragen terecht kan.³ De projectgroep, waarin het Stadsdeel, het Bureau Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding en de GG&GD zitting hebben, inventariseert de knelpunten en probeert deze over te dragen aan de reguliere dienstverlening aan ouderen. De projectgroep heeft samenwerkingsrelaties opgezet met de verzorgingshuizen in Westerpark, met enkele welzijnsinstellingen, het maatschappelijk werk, de thuiszorg en enkele vertegenwoordigers van de ouderenadviesraad. In de loop van het project is een initiatief van het Wijkopbouworgaan aangehaakt bij het Ouderenproject. Het gaat om twee buurtconciërges die in opdracht van ouderen in huis kleine klussen doen, die ouderen zelf om praktische of financiële redenen niet kunnen doen. Het ouderenproject als geheel is gefinancierd uit Sociale Vernieuwingsgelden van het stadsdeel Westerpark. De bedoeling is dat het project op den duur deel gaat uitmaken van de reguliere dienstverlening aan ouderen.

Het andere spoor in Westerpark is het Projectteam Westerpark. Hieraan nemen medewerkers van het stadsdeel, van de GG&GD en van de het Buro GVO deel. Doel van het projectteam is om gezondheidsproblemen die in de gezondheidsenquête aan het licht zijn gekomen om te zetten in concrete initiatieven. Het projectteam heeft gedurende het jaar 1993 gefunctioneerd. Aan het begin van het projectjaar heeft het team het thema gezondheid voor het voetlicht geplaatst bij enkele manifestaties in het stadsdeel. Er zijn vervolgens op drie clusters projecten uitgevoerd: op het gebied van leefbaarheid (de maatschappelijke en fysieke omgeving uit het determinantenmodel), op het gebied van gedrag en op het gebied van de gezondheidszorg. Bij leefbaarheid gaat het om initiatieven, vooral rond vuil en de bestrijding van extreme overlast. In het kader van het thema gedrag is voorlichtingsmateriaal voor ouderen ontwikkeld. Bij het thema gezondheidszorg tenslotte zijn drie projecten ontwikkeld:

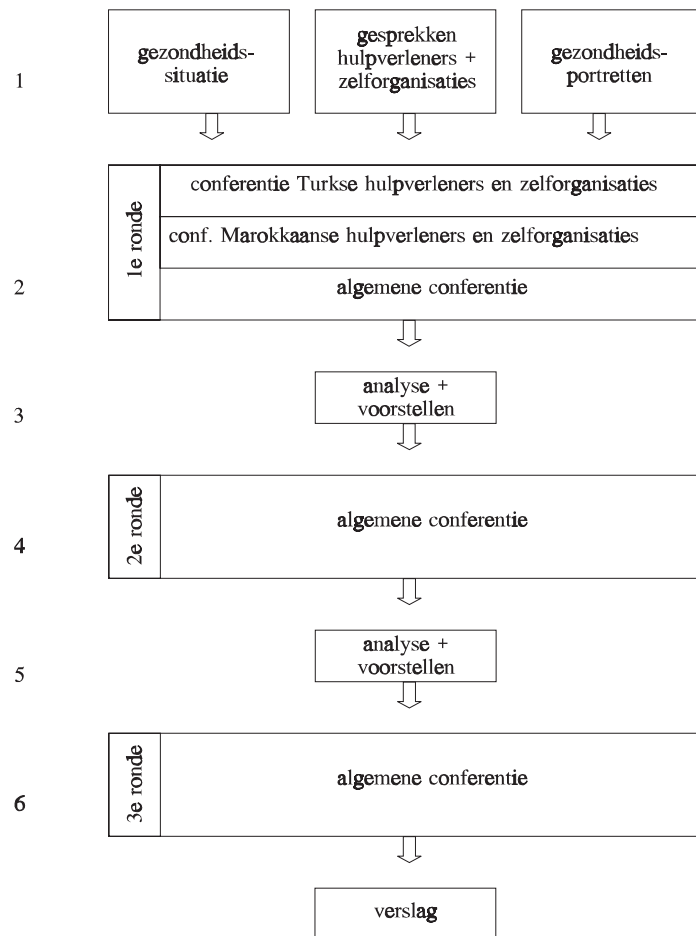
- * het Tandartsenproject: het bevorderen van tandartsbezoek bij allochtonen;
- * het CARA-project: publieksvoorlichting over leven met CARA;
- * en het Opvoedingsproject: de ontwikkeling van netwerken om opvoedingsproblemen te bespreken en aan te pakken.

Stadsdeel Noord

Het genoemde verzoek door het Bestuur van het stadsdeel Noord om nader onderzoek naar de gezondheidssituatie in het stadsdeel Noord heeft geleid tot het rapport *Boven het IJ* (De Ceuninck et al. 1992). Rond de publikatie van dit gezondheidsprofiel is er contact gelegd tussen de GG&GD Amsterdam en de projectgroep Stad en Staat van de Universiteit Utrecht.

³ In Lelystad heeft een vergelijkbare aanpak plaats gevonden. Daar worden alle ouderen door oudere vrijwilligers bezocht in het jaar dat zij 65 worden. Een verschil met het project in Westerpark is dat er meer nadruk ligt op inventarisatie en minder op het direct bieden van hulp door te bemiddelen tussen ouderen en zorginstellingen (Prinsen en Van Asselt 1993; Ten Dam 1993).

Dit contact resulteerde in het ontwerp voor een interventieproject in Amsterdam-Noord. Het project is gericht op de verbetering van de gezondheid van Turken en Marokkanen in een subbuurt van het stadsdeel: de Van der Pekbuurt, een buurt met ongeveer 5000 inwoners. Uit de Vergelijkende Buurtonderzoeken was gebleken dat er zowel in deze wijk als bij de groep migranten sprake was van een achterstand in gezondheid en dat dit samenhangt met de sociaal-economische status. Achterliggend idee van de aanpak is dat, wanneer instellingen en doelgroepen vanaf het begin bij het initiatief worden betrokken, het doen van onderzoek gecombineerd kan worden met het initiëren van activiteiten. Onderzoek dient hier niet alleen ter verheldering van de gezondheidssituatie in de wijk, maar is vanaf het eerste begin expliciet ingezet als strategie om de totstandkoming van positieve veranderingen te vergemakkelijken. De kern van het project zijn drie rondes van werkconferenties die gehouden zijn met hulpverleners en migranten over de gezondheidssituatie van migranten in de Van der Pekbuurt en over de mogelijkheden die te verbeteren. De conferenties zijn niet bij nul begonnen, maar er is een basis gelegd door 1) onderzoek naar gezondheid en gezondheidsdeterminanten in de buurt, door 2) gesprekken met alle hulpverleners en zelforganisaties in de wijk, en door 3) gesprekken met migranten in de Van der Pekbuurt over gezondheid, ziekte en zorg. De verslagen van die laatst genoemde gesprekken zijn in de vorm gegoten van zogenaamde *gezondheidsportretten*: korte individuele levensgeschiedenissen op de thema's gezondheid, ziekte en zorg. Wat betreft de hulpverleners gaat het om zowel allochtone als autochtone werkers in diverse werksoorten in de Van der Pekbuurt: maatschappelijk werk, buurt- en opbouwwerk, bewonersondersteuning, buurtwinkel, geestelijke en somatische gezondheidszorg, kruiswerk, thuiszorg, jeugdge-



Figuur 2 Onderzoeksdesign Migranten en Gezondheid Amsterdam-Noord (Ten Dam et al. 1992).

standkoming van positieve veranderingen te vergemakkelijken. De kern van het project zijn drie rondes van werkconferenties die gehouden zijn met hulpverleners en migranten over de gezondheidssituatie van migranten in de Van der Pekbuurt en over de mogelijkheden die te verbeteren. De conferenties zijn niet bij nul begonnen, maar er is een basis gelegd door 1) onderzoek naar gezondheid en gezondheidsdeterminanten in de buurt, door 2) gesprekken met alle hulpverleners en zelforganisaties in de wijk, en door 3) gesprekken met migranten in de Van der Pekbuurt over gezondheid, ziekte en zorg. De verslagen van die laatst genoemde gesprekken zijn in de vorm gegoten van zogenaamde *gezondheidsportretten*: korte individuele levensgeschiedenissen op de thema's gezondheid, ziekte en zorg. Wat betreft de hulpverleners gaat het om zowel allochtone als autochtone werkers in diverse werksoorten in de Van der Pekbuurt: maatschappelijk werk, buurt- en opbouwwerk, bewonersondersteuning, buurtwinkel, geestelijke en somatische gezondheidszorg, kruiswerk, thuiszorg, jeugdge-

zondheidszorg en sociaal raadswerk. Bij de migranten zelf gaat het om de zelforganisaties van Turkse en Marokkaanse migranten in de wijk. De rol van de onderzoekers was, naast het verzamelen en presenteren van het materiaal, ook gelegen in het bewerken van de opeenvolgende conferentie-verslagen tot bespreekbare voorstellen voor de volgende conferentie. Het design van deze opzet is weer gegeven in Figuur 2. Het project is in 1992 door een onderzoeksgroep onder leiding van de auteur dezes uitgevoerd in samenwerking met de GG&GD (Ten Dam et al. 1992).

Op de eerste conferentie werden een gezamenlijke probleemdefiniëring vastgesteld van waaruit men activiteiten wilde ontwikkelen. Het ging om taal- en cultuurverschillen tussen migranten en hulpverleners, om de gebrekkige kennis bij migranten van de Nederlandse gezondheidszorg, om de gebrekkige kennis van hulpverleners over migranten, om onbekendheid bij veel migranten over regelgeving rond sociale verzekeringen, en om de zorgverlening door huisartsen. Uitkomst van de conferenties is een plan om de bestaande dienstverlening aan migranten in de wijk te bundelen in een *Gezondheidsinformatiecentrum*. Op de tweede en derde conferentie hebben de deelnemers, steeds op basis van voorzetten door de onderzoekers, voorstellen ontwikkeld en gepreciseerd. Na de conferenties in 1992 hebben de elf deelnemende instellingen als 'Initiatiefgroep' activiteiten geformuleerd die in dit Gezondheidsinformatiecentrum ondergebracht kunnen worden. De belangrijkste drie onderdelen van het Gezondheidsinformatiecentrum zullen een inlooppreekuur, activiteiten zoals cursussen en zelfhulpgroepen, en de beschikbaarheid van schriftelijke informatie worden. Wat dat laatste betreft wordt gedacht aan de vestiging van een Gezondheidswijzer. Achterliggende ideeën zijn betrokkenheid van bewoners of patiënten, een intersectorale en integrale aanpak van gezondheidsproblemen en een buurtgerichte wijze van werken. Het Gezondheidsinformatiecentrum is bedoeld als samenwerkingsverband en re-allocatie van bestaande voorzieningen, en niet als nieuwe instelling. De gerichtheid is op voorlichting en (primaire) preventie. Inmiddels ligt er een uitgewerkt projectvoorstel en is er een locatie voor het Informatiecentrum gevonden. Het wachten is nu op de effectuering van een startsubsidie zoals deze door het Bestuur van de Stadsdeelraad Noord is toegezegd.

6.3.3 Utrecht

Beter eten? Zeker weten! Zuilen

In 1986/87 heeft de Utrechtse gezondheidsdienst onderzoek gedaan naar de gezondheidstoestand van de Utrechtse bewoners. Hieruit kwam naar voren dat veel mensen overgewicht, een te hoge bloeddruk en een te hoog cholesterol gehalte in het bloed hadden. Het aantal mensen met hart-en vaatziekten in Utrecht is hoog in vergelijking met de overige grote steden in Nederland. Bovendien bleken er grote gezondheidsverschillen te bestaan tussen de wijken. Met name in wijken met een lagere SES bestaan meer gezondheidsproblemen. Omdat eerder was gebleken dat de gebruikelijke voorlichting over gezond gedrag in deze wijken niet leidt tot een verbetering van de leefgewoonten, is gekozen voor een wijkgerichte

aanpak van gezondheidsbevorderende activiteiten rondom het thema voeding. Het project *Beter eten? Zeker Weten!* is over de jaren 1991-1993 gefinancierd door het ministerie van WVC. De begroting is in totaal f 400.000,=. De inzet is 1,0 fte.

Het project *Beter eten? Zeker weten!* richt zich op de wijk Zuilen. Door deze wijkaanpak is het beter mogelijk om rekening te houden met de belemmerende en steunende factoren in de sociale omgeving. Een belangrijk kenmerk van deze benadering is de betrokkenheid van de bevolking. Doel van het project is het verbeteren van het voedingsgedrag, maar ook het methodisch verder ontwikkelen van een dergelijke wijkgerichte benadering. De twee projectmedewerkers zijn in dienst van de GG&GD: een voedingsdeskundige met specialisatie GVO en een diëtiste. Op stedelijk niveau is een werkgroep van GG&GD, het Kruiswerk en het Integraal Kankercentrum Midden Nederland eindverantwoordelijk. Op wijkniveau wordt samengewerkt met het buurthuis, de wijkontwikkelingsmanager van de gemeente Utrecht, de Jeugd Gezondheidszorg, tandheelkundige preventiemedewerkers, scholen en supermarkten. De activiteiten zijn in te delen in drie niveaus: het collectieve niveau gericht op de gehele wijk zoals voorlichting via de massamedia, het groepsniveau gericht op specifieke groepen binnen de wijk zoals kookcursussen en informatie-avonden, en het individuele niveau gericht op individuele bewoners en werkers in de wijk zoals ondersteuning van gezondheidswerkers of een consult bij de diëtiste. De activiteiten horen aan te sluiten bij de wensen, behoeften en ideeën van de bevolking en bij hetgeen er al in de wijk gebeurt. Vooraf lag er daarom geen uitgewerkt werk- of activiteitenplan klaar. De activiteiten van het project zijn voor een deel op Zuilen als geheel gericht. In de lokale pers werd bijvoorbeeld wekelijks aandacht aan het project besteed, de lokale Utrechtse radio heeft enkele uitzendingen aan het project besteed en er zijn verschillende activiteiten in supermarkten georganiseerd. Voor een ander deel worden specifieke groepen zoals ouderen en kinderen bereikt met activiteiten rond gezonde voeding. Voorbeelden hiervan zijn een bingo met gezonde hapjes in een dienstencentrum en kindermiddagen over voeding in een buurthuis.

6.3.4 Den Haag

Gezond Scheveningen

In 1989 is op initiatief van de afdeling Volksgezondheid van het Gemeentesecretarie een themagroep Gezond Scheveningen opgericht. Achtergronden waren ideeën uit de Nota 2000, de Health for All strategie en de Healthy Cities-beweging. Het project Gezond Scheveningen dat hieruit ontstaan is, is een gezondheidsproject dat is gestart door de GGD van Den Haag. Het project dient als een voorstudie voor toekomstige buurtgerichte projecten in Den Haag in het kader van het bredere beleid *Beter Gezond* van de gemeente Den Haag. In het Haagse project Scheveningen zijn bij alle activiteiten de algemene uitgangspunten van de WHO belangrijk: een rechtvaardige verdeling van kansen op gezondheid, bewonersparticipatie, intersectorale samenwerking, een focus op preventie en op 'appropriate technology'. De gezondheidsverschillen in Scheveningen die de Afdeling Epidemiologie constateerde zijn

de directe aanleiding voor de keuze van Scheveningen geweest. In het eerste jaar van het tweejarig project is op basis van verschillende onderzoeken een gezondheidsprofiel ontwikkeld. Het streven was een visie op volksgezondheid in Scheveningen met betrokkenen te bediscussiëren. In 1990 is een onderzoek onder sleutelinformanten gehouden. Op basis hiervan is een representatieve gezondheidsenquête onder 2300 inwoners van Scheveningen gehouden. Over de opzet, uitvoering en interpretatie van de enquête zijn gesprekken gevoerd met sleutelinformanten van instellingen. De begroting voor het project als geheel over twee jaar is f 260.000,=. Er werken twee projectmedewerkers voor 20 en 24 uur per week.

Het project kent drie verschillende doelstellingen. Op de eerste plaats wordt getracht inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de bewoners in Scheveningen aan de hand van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Hierbij gaat het niet alleen om het vaststellen van de gezondheid van de bewoners, maar ook om het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op de gezondheidsbeleving, zoals de kwaliteit van de woning, onveiligheidsgevoelens, stank- en geluidsoverlast en leefgewoonten van mensen. Op de tweede plaats wordt getracht inzicht te verkrijgen in de wijze waarop door middel van bewonersparticipatie en intersectorale samenwerking gezondheidsactiviteiten opgezet, uitgevoerd en geëvalueerd kunnen worden. En de laatste doelstelling is het opzetten van gezondheidsbevorderende activiteiten zelf. Dit verkeert echter nog in een beginnend stadium: de opzet van informatiepunten in wijkcentra en een gezondheidscursus in een buurthuis. Het project richt zich daarbij vooral op vertegenwoordigers van instellingen en bewonersgroepen. Bewoners worden niet individueel maar als groep aangesproken. Bovendien richt het project zich alleen op doelgroepen die zelf aangeven bepaalde gezondheidsproblemen te hebben. Het initiatief moet dus vanuit de doelgroepen zelf komen. Aan de stuurgroep van het project nemen de GGD, een coördinator sociale wijkaanpak, een opbouwwerker en iemand van het maatschappelijk welzijn ouderenwerk deel.

Stadsdeel Centrum

Aanleiding voor dit project waren noodkreten van huisartsen en andere hulpverleners. Zij ervoeren onmacht om adequate antwoorden te kunnen bieden op de aan hen gepresenteerde hulpvragen, die vooral verband hielden met de typische problematiek van een grootstedelijke centrumwijk. Veel artsen beleefden hun werk als moeilijk en kampten met een te grote werkbelasting. Men had het idee 'te dweilen met de kraan open'. Sommigen hadden plannen het stadsdeel te verlaten. Doel van het project was door samenwerking het hulpverleningsaanbod te verbeteren. De gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening leken versplinterd te functioneren. Dit werd bevestigd door een interviewronde met vertegenwoordigers van de belangrijkste instellingen. Er bleek behoefte aan een centraal informatie- en coördinatiepunt. Hiertoe is in 1994 de Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening opgericht, bestuurd door de deelnemende instellingen. Er zal aan drie thema's gewerkt gaan worden: de spoedeisende 24-uurs hulpverlening, de extramurale samenwerking rond de zorg in de thuissituatie en een nieuwe vorm van ondersteuning van de extramurale gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Alleen het laatste thema is in uitvoering genomen. Er is overleg opgezet over afstemming en uitwisseling van informa-

tie. Tevens zijn er in dit kader samenwerkingsverbanden gepland rond thema's als CARA, de relatie tussen gezondheidszorg en welzijnswerk, gezondheidseducatie rond allochtonen, gezondheidskwesties met betrekking tot illegalen en de 'practical nurse' als aanvulling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde.

6.4 Beoogde effecten

In deze paragraaf wordt aan de hand van de continua die in het vorige hoofdstuk zijn ontwikkeld nader ingegaan op de projecten die hierboven beschreven zijn. Achtereenvolgens komen aan de orde: het territoriale kader waarin project zich bewegen, het streven naar gegevens als basis van het handelen, de nadruk op samenwerking, binding met de politiek en bevolkingsparticipatie, en tenslotte het beoogde einddoel: bevordering van de gezondheid. Per thema komen achtereenvolgens de projecten in Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag aan de orde. Aan het eind van elk thema wordt de balans opgemaakt.

6.4.1 Het territoriale kader

Rotterdam

Voor het project Gezonde Stad Rotterdam is de buurt het schaalniveau waarop projecten worden opgezet. Men stelt dat gezondheid zich daar in een goede samenhang manifesteert. Samenwerking is op buurtniveau makkelijker te creëren. Bewonersorganisaties, club- en buurthuizen, het opbouwwerk en ook huisartsen opereren in Rotterdam immers ook buurtgericht. Verder is een wijkaanpak praktisch omdat een aantal organisaties en ook gemeentelijke diensten op dat niveau georganiseerd zijn. Er is makkelijker bij bestaande netwerken aan te sluiten. En tenslotte zijn mensen makkelijker te betrekken bij projecten in de eigen omgeving dan bij iets dat algemeen in heel Rotterdam plaats vindt (Van den Bogaard 1992:73, Sweep en Rokers 1991:270-276 en De Vries 1992:16). Verhelderend is de uitwerking die de campagne Kinderveiligheid in Feijenoord geeft aan de buurtgericht benadering. Buurtgericht werken betekent hier dat men heeft aangesloten op een onderwerp dat in de buurt leeft en dat ook als probleem is aangedragen. De activiteiten werden opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met het buurtkader. En er is rekening gehouden met kenmerken die specifiek zijn voor de wijk, zoals de samenstelling van de bevolking, de fysieke buitenomgeving, de specifieke wensen uit de buurt en de structuur van overleg in de buurt. Dit betekende dat het landelijke aanbod van de Stichting Consument en Veiligheid aangepast moest worden aan de buurtgerichte vraag. Hiertussen bestond een spanning. Zo worden verkeersongevallen waarbij kinderen betrokken zijn door de Stichting onder de kop 'verkeer' geplaatst en zijn daarmee geen onderdeel van de campagne Kinderveiligheid, maar verkeersongevallen worden door de bewoners van Feijenoord nadrukkelijk gezien als 'kinderongevallen om het huis' (De Hoop 1993:41ev). Ook bij het project in Crooswijk ziet men het wijkniveau als een

goed niveau: *'de instellingen liggen vlak bij elkaar, men kent de sociale infrastructuur van de wijk en men vormt samen een soort geheugen voor problemen en hulpverlening'* (Van der Hijden 1993:17). Bij het project Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken betekent wijkgericht werken dat met beroepskrachten en migrantenorganisaties uit de wijk zowel organisatorisch als inhoudelijk het verloop en het vervolg van de voorlichting worden besproken.

Maar toch is de buurt in Rotterdam lang niet voor alles het schaalniveau. Belangrijk is te kijken op welk niveau een bepaald onderwerp speelt: op stedelijke niveau, op het niveau van bijvoorbeeld een deelgemeente, op buurtniveau of op een nog lager niveau. Daar ligt dan het aangrijpingspunt.

*'Je moet je altijd afvragen of de buurt het kader is, voor wat je wilt gaan doen. De buurt is soms zeker een goed kader. Omdat zaken zich daar goed in een samenhang manifesteren, kun je gemakkelijker samenwerking en betrokkenheid van mensen creëren. Voor sommige straten of buurten is dat heel duidelijk. Daar leeft zo'n buurtgevoel nog. Crooswijk heeft dat bijvoorbeeld heel duidelijk. In ieder geval delen van Crooswijk. In andere wijken is dat absoluut niet het geval (...) Maar je richt je nooit op een buurt als geheel, altijd op een groep in zo'n buurt. Bijvoorbeeld Marokkaanse vrouwen in het Oude Westen, en niet op het Oude Westen als geheel. Dat bestaat gewoon niet. Misschien dat dat vroeger kon, maar zelfs dat betwijfel ik, want toen had je de protestanten en de katholieken, bijvoorbeeld, waar je iets verschillends voor moest doen.'*⁴

Een praktische consequentie van het uitgangspunt 'de buurt als kader' is de aanstelling van beroepskrachten die buurtgericht rond gezondheid werken: een gezondheidsopbouwwerker (Bospolder-Tussendijken), een buurtgezondheidswerker (Feijenoord en het Oude Westen), of een detachering van een medewerker GGD in een wijk (Crooswijk). Het is een manier om vorm te geven aan wat soms 'situatiegericht werken' genoemd wordt. De wijk met de daar aanwezige mogelijkheden en onmogelijkheden is startpunt. Dat betekent dat er geen algemeen stramien of blauwdruk te geven is voor wijkgericht werken. De buurtgerichte werker kan ter plaatse een invulling geven aan gezondheidsbevordering die aansluit bij de situatie in de wijk. In de drie voorbeelden van aanstellingen van beroepskrachten in de wijk is er steeds sprake van een dubbele positie: de beroepskracht werkt voor de wijk, maar is tevens in dienst van en werkt voor de stedelijke gezondheidsdienst. In Feijenoord is daar letterlijk vorm aan gegeven. De buurtgerichte beroepskracht werkt de helft van de week in de wijk en de andere helft op de GGD Rotterdam. Het effect is *'torn between two lovers'*. De beroepskracht werkt als intermediair en probeert het aanbod van de GGD meer flexibel te maken en af te stemmen op de mogelijkheden, wensen en problemen die zij in de wijk signaleert (De Vries 1992:17).

In de toekomst wil Gezonde Stad Rotterdam intensiever gaan samenwerken met de nieuwe

⁴ Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

deelgemeentes. Daartoe worden territoriale teams in het leven geroepen. De GGD is er echter geen voorstander van dat de sturing van het Gezonde Stad beleid volledig onder regie zou komen van de deelgemeentes. Er is dan volgens deze instelling te weinig ruimte om achterstandsbeleid te kunnen voeren en zodoende te kunnen werken aan de verkleining van gezondheidsverschillen.

Amsterdam

Het Ouderenproject in Westerpark wijst op het buurniveau vanwege de grotere mogelijkheden voor samenwerking en vanwege het feit dat beslissingen over gezondheid vaak op buurniveau genomen worden. Amsterdam verkeert op dat punt in een bijzondere situatie omdat de stad verdeeld is in stadsdelen, bestuurd door een gekozen stadsdeelraad. Daarnaast wordt er bij het Ouderenproject een simpel argument voor een aanpak op buurniveau gehanteerd: ouderen zijn minder mobiel en hun actieradius is daardoor beperkt. De betrokkenheid van ouderen op de buurt is meestal groter dan bij jongere mensen.

In het andere stadsdeel, Noord, is in overleg met de onderzoekers van de Universiteit Utrecht een deel van Oud-Noord gekozen als 'interventie-wijk': de Van der Pekbuurt. De redenen voor deze keuze waren het hoge aandeel van migranten in de bevolking van deze wijk en de verwachting dat op een dergelijk klein schaalniveau samenwerking met instellingen en bewoners gestalte kan krijgen.

In de eindevaluatie van een jaar werken in het Westerparkproject wordt een dilemma tussen twee aspecten van de buurt naar voren gehaald. Men ziet het grote belang van het onderzoeken van de historie van een buurt, vooral als dat een rijke historie is. De traditie van bewonersacties, ingrijpende sociale veranderingen in de buurt en de veelheid van ervaringen van hulp- en dienstverleners zijn factoren om terdege in een project te betrekken. Het betekent aansluiten bij bestaande, eventueel sluimerende bewonersinitiatieven, voorzichtigheid in het (weer) entameren van nieuwe samenwerkingsverbanden en bescheidenheid ten aanzien van de eigen pretenties. Maar uitgaan van de historische dimensie van een buurt kan betekenen dat de wensen en ideeën van de gevestigde bewonersgroepen, bedaagde hulpverleners en lokale politici met versleten politieke ideeën onkritisch worden gevolgd. Er kan gerede twijfel zijn over de representativiteit van deze groepen. En deze groepen kunnen verhinderen dat nieuwe groepen en problematieken worden aangeboord. Gepleit wordt voor nieuwe onorthodoxe vormen van participatie, maar dit is niet uitgewerkt (De Ceuninck et al. 1994:66).

Utrecht

Het Utrechtse Voedingsproject gaat er van uit dat de directe leefomgeving belemmeringen kan opleveren om ongezond voedingsgedrag te vermijden. Ongezond voedsel wordt vaak aantrekkelijk gepresenteerd en is vaak goedkoper. Mensen vinden in hun directe leefomgeving vaak weinig steun om persoonlijke keuzes in gezondheidsgedrag vol te kunnen houden.

'De laatste jaren wordt daarom gezocht naar een voorlichtingsaanpak die ook met voorgenoemde belemmeringen en de steun van de omgeving rekening houdt. Veelbelo-

vend lijkt daarin een wijkgerichte benadering (..) Belangrijkste kenmerk van deze werkwijze is de betrokkenheid van de bevolking. Het wijkproject moet als het ware 'van', 'door' en 'voor' de bewoners worden.' (Dros et al. 1992:2)

Na het eerste projectjaar werd duidelijk dat Zuilen als geheel geen gemeenschap of community is. Wel zijn er meerdere kleinere communities in de wijk te onderscheiden in de vorm van subbuurten of groepen. De hele wijk Zuilen werd als werkgebied vastgehouden, maar men is zich hierbinnen op drie doelgroepen gaan onderscheiden:

- * organisaties en instellingen in de wijk
- * de 'grote' doelgroep: bewoners van de wijk Zuilen
- * specifieke doelgroepen: mensen met bepaalde vragen of interesses op het gebied van voeding (De Jong 1994a:8).

Het Voedingsproject heeft zich in de loop van het project geen materiële plek in de wijk kunnen of willen verwerven. De medewerkers hielden hun werkplek op de GG&GD Utrecht in het centrum van de stad. Daardoor konden zij niet eenvoudig 'ergens binnenlopen' en wijkbewoners konden hen ook nauwelijks in de wijk tegenkomen. Ze konden geen deel gaan uitmaken van informele circuits in de wijk. Omdat beide medewerkster buiten Utrecht woonden, was deelname aan activiteiten buiten kantooruren minder aantrekkelijk. Daarnaast heeft de sociale afstand tussen de medewerkers en de wijkbewoners een rol gespeeld (De Jong 1994a:36-37).

Den Haag

Gezond Scheveningen is gericht op het stadsdeel Scheveningen, een stadsdeel met 60.000 inwoners. Concrete gezondheidsactiviteiten wil men op een zo klein mogelijke schaal plaats laten vinden. Men denkt aan Duindorp, een oude Scheveningse gemeenschap van 6000 mensen. De kans op successen wordt op dit schaalniveau groter geacht dan op het niveau van het stadsdeel. De situatie is overzichtelijker en men verwacht dat mensen meer betrokken raken bij activiteiten die zich in de eigen buurt afspelen. Ook is op dit niveau beter aan te sluiten bij al bestaande activiteiten rond gezondheid.⁵

Territoriaal kader: balans

Alle projecten hebben de territoriale aanpak gemeenschappelijk. Er wordt steeds gekozen voor een kleinschalige aanpak op stadsdeel-of wijkniveau. Wat betreft de omvang loopt dit echter sterk uiteen: van 5000 in de Van der Pekbuurt tot 60.000 inwoners in het stadsdeel Scheveningen. De buurt wordt vooral vanuit praktische overwegingen als schaalniveau voor lokale gezondheidsprojecten gekozen. Gesteld wordt dat instellingen — waaronder diverse gemeentelijke diensten — vaak op buurtniveau werken, waardoor samenwerking makkelijker wordt. Ook wordt voorondersteld dat mensen zich eerder laten aanspreken door initiatieven die op hun directe omgeving betrekking hebben. Bij ouderen geldt daarnaast dan de buurt

⁵ Mondelinge mededeling M. Paape, 28-6-93.

vanwege hun geringere mobiliteit een grotere betekenis heeft dan bij jongeren. Een ander argument is dat een benadering op buurtniveau minder individualiserend en stigmatiserend werkt dan een benadering waarin mensen los van elkaar als individu worden aangesproken. De redenen om gezondheidsbeleid lokaal aan te pakken zijn weliswaar pragmatisch (overzichtelijk, bereikbaar, herkenbaar, meer kansen voor samenwerking), maar ook het idee van de buurt als gemeenschap of community speelt een rol. In Zuilen bleek dit niet terecht, voor Crooswijk wel. Een gevaar van het aansluiten bij bestaande netwerken, organisaties en instellingen in een buurt is echter de kans dat aloude gebaande paden worden gevolgd en eventuele nieuwe groepen en problematieken buiten beeld blijven.

Behalve bij de beide projecten in Den Haag en in eerste instantie bij het project in Zuilen, komt een benadering waarin de buurt als ongedifferentieerde geografische eenheid centraal staat niet voor. De lokale benadering wordt steeds gecombineerd met een benadering van een specifieke groep. Deze doelgroepen zijn divers: vrouwen, ouders van kinderen, migranten, kinderen, tieners, ouderen. Ook allerlei combinaties hier worden aangetroffen. De doelgroep migrantenmoeders is bijvoorbeeld een combinatie van de groepen 'vrouwen', 'ouders van kinderen' en 'migranten'. Daarbij wordt er, vooral bij de doelgroep migranten, opvallend vaak gestreefd naar het inschakelen van vrijwilligers uit de doelgroep.

In enkele gevallen richt een project zich niet alleen op een specifieke groep, maar ook op een bestaand netwerk. Dat is het geval bij Punt 50 in Rotterdam (de twintig vrouwen) en bij het project in Amsterdam-Noord (de migrantenorganisaties). Ook de activiteiten van het projectteam in Westerpark zijn zich in de loop van het projectjaar meer en meer gaan richten op bestaande netwerken.

Er wordt tenslotte een nadeel van een consequente territoriale aanpak gesignaleerd. Wanneer het lokale niveau, in de vorm van bijvoorbeeld een stadsdeelraad of deelgemeente, steeds opdrachtgever is, bestaat er voor een gezondheidsdienst geen ruimte om op stedelijk niveau een beleid te voeren dat gericht is op verkleining van gezondheidsverschillen tussen buurten of groepen.

6.4.2 Gegevens als basis

In deze paragraaf gaat het om de rol die gegevens spelen als basis voor een gezondheidsproject. Het gaat om de rol die gegevens spelen bij de keuze van projecten en de doelgroep, bij de te hanteren methodiek, bij de vaststelling van actiedoelen of bij het bepalen van keuzes in de voortgang. Ook kunnen gegevens worden gebruikt om tot activiteiten te komen. Het onderscheid met de latere paragraaf over gezondheidsbevordering is dat het daar gaat om de resultaatmeting.

Rotterdam

Het Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem (REBUS) heeft sociaal-eco-

nomische gezondheidsverschillen tussen buurten blootgelegd.⁶ REBUS werkt als een monitoring van gezondheid op buurtniveau. De determinanten uit het model van Lalonde worden in verband gebracht met gegevens over gezondheid, ziekte en sterfte (Van Oers e.a. 1988). De monitoring speelt een rol bij de keuze van de wijken en werkt als informatievoorziening voor de problemen er in de betreffende wijk spelen (Van den Bogaard 1992:71). In 1993 is een computerversie als 'REBUS-Vision' verschenen (Van Oers et al. 1993). Hiermee is een eenvoudige (geografische) toegang tot de gegevens mogelijk. De GGD wordt op deze manier ondersteund in de keuze van de wijken waarin activiteiten ontplooid worden en in de keuze van het soort activiteiten. Onderzoek kan buurtgericht werken op twee manieren ten dienste staan (Van den Bogaard et al. 1994):

- * Als signalering van gezondheidsproblemen in een buurt en de mogelijke determinanten ervan. Dit kan kwantitatief van aard zijn zoals sterftecijfers, of kwalitatief wanneer gegevens voortkomen uit gesprekken met werkers en bewoners.
- * Als evaluatie van gezondheidsbevorderende activiteiten in de vorm van een effectevaluatie of een procesevaluatie.

Door betrokkenen bij Gezonde Stad Rotterdam wordt REBUS beoordeeld als zeer waardevol. Zij het dat men wel een frictie signaleert tussen het wetenschappelijke karakter dat wordt nagestreefd en het maatschappelijk doel dat REBUS moet hebben (Lipman 1993). REBUS is richtinggevend, maar het is niet doorslaggevend. Vooral niet wat het soort activiteiten betreft. Een voorbeeld hiervan is de aanloop tot het project in Crooswijk. Uit onderzoek bleek de alcoholconsumptie in deze wijk relatief hoog te zijn.

*'In Crooswijk werd er de alcohol preventie-medewerker op afgestuurd: 'ga daar maar eens een wijkgericht project doen'. Maar dan blijkt dat je dat niet zomaar kunt bepalen, wanneer je op wijkniveau bezig wilt zijn. Je moet dan echt met de mensen in de wijk gaan samenwerken. Maar die zagen iets rond alcoholgebruik absoluut niet zitten. Vervolgens kwam naar voren dat sociaal-psychiatrische problematiek in de wijk voor hen een veel groter probleem was. Ook al is het objectief misschien geen groot probleem, in hun beleving is dat wel degelijk zo. Dus ze hadden geen enkele boodschap aan alcoholcijfers. En die alcohol preventie-medewerker is toen in Crooswijk buurtgericht werker geworden rond sociaal-psychiatrische problematiek.'*⁷

In het Oude Westen is onderzoek gedaan naar de gezondheidssituatie van de jeugd in de wijk. Dit gebeurde op verzoek van werkers in de wijk die zich zorgen maakten over de gezondheids- en de leefsituatie van kinderen. Het onderzoek is via een enquête gedaan vanuit het perspectief van de kinderen zelf en moet antwoord geven of de problemen die de werkers signaleren ook door de kinderen zelf zo ervaren worden. Het onderzoek is begeleid door werkers die in de wijk werkzaam zijn.

⁶ Zie hiervoor hoofdstuk twee.

⁷ Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

Op initiatief van de Bewonersorganisatie in Bospolder-Tussendijken is een onderzoek uitgevoerd naar de ervaren gezondheidsproblemen van migranten en naar de knelpunten in de gezondheidszorg aan migranten. Het onderzoek beveelt voorlichting aan, naast verbetering van de hulpverlening door betere afstemming van de verschillende voorzieningen in de wijk en bevordering van deskundigheid bij hulpverleners. Men pleit voor een betere afstemming tussen eerstelijns gezondheidszorg en het migrantenwerk van het sociaal-cultureel werk en van het opbouwwerk (Kleingeld et al. 1989). Bij de activiteiten die daarna in het project uitgevoerd zijn, spelen gegevens op verschillende manieren een rol. Zo worden de onderwerpen bij groepsvoorlichting tijdens de eerste bijeenkomst met de deelnemers vastgesteld. Ook kunnen onderwerpen uit overleg met beroepskrachten naar voren gekomen zijn of is de voorlichting het resultaat van een behoeftepeiling (Sweep 1994b:12).

Amsterdam

Amsterdam heeft een lange traditie in onderzoek naar gezondheidsverschillen in de stad. Deze begint al bij Egeling (1863) en loopt via Sajet (in 1916 en 1919), Meerdink (in 1952) en de Vergelijkende Buurtonderzoeken I en II (in 1980 en 1987) naar de gezondheidsenquête van Westerpark (1991) en naar het interventie-onderzoek Migrant en gezondheid in Noord (1992). Het Vergelijkend Buurtonderzoek II liet zien dat de gemiddelde gezondheid in de buurtcombinatie Westerpark slechter was dan elders in de stad. Onrust onder bewoners en een motie in de Gemeenteraad heeft vervolgens geleid tot het project Gezondheid in de Stadsdelen van de Amsterdamse GG&GD, met Westerpark en Noord als speerpunten.

In dit kader is in het stadsdeel Westerpark de genoemde gezondheidsenquête gehouden. Hiervoor zijn een kleine 1000 bewoners ondervraagd over hun gezondheid, hun woon- en werksituatie, hun gedrag en hun attitude ten opzichte van gezondheid. Ook werd gevraagd naar de eigen meningen over de kwaliteit van de buurt, de woning en de lokale gezondheidszorg (Thomas et al. 1991a). Het onderzoek heeft onder meer gediend als een startpunt voor het gezondheidsproject in Westerpark. Zo werd het gegeven dat 50% van de Marokkanen en 40% van de Turken boven de 18 jaar niet bij een eigen tandarts staat ingeschreven de aanleiding voor het deelproject rond tandzorg voor migranten.

De samenhang tussen interventie en de verschillende vormen van onderzoek geeft de Amsterdamse GG&GD weer in de volgende sequentie:

- * Monitoring van de gezondheidssituatie van de bevolking en epidemiologisch onderzoek; het doen van onderzoek naar mogelijke gerichte interventies;
- * beleidsafstemming en netwerkontwikkeling onder meer met het oog op gecoördineerde actie van meerdere betrokkenen;
- * opzetten en mede-uitvoeren van interventieprojecten;
- * evaluatieonderzoek om resultaten te kunnen meten. (Braan en De Ceuninck van Capelle 1994:26)

In de eindevaluatie van het Westerpark project wordt de rol van onderzoek afgezwakt. Want om aan te kunnen sluiten bij de sociale werkelijkheid van bewoners en instellingen in Westerpark, zo stelt men, dient de eigen prioriteitstelling op basis van de gezondheidsenquête gerelativeerd te worden. Het is onderzoek is gebruikt om interessante thema's te vinden of

werd gebruikt om bepaalde problematieken uit de diepen, *'maar minstens zo belangrijk was het feit dat ze aansloten bij bestaande ideeën, ervaringen, plannen en de belevingswereld van betrokkenen'* (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:66). De eigenlijke actiepunten kwamen meestal uit rondes met instellingen en bewonersgroepen naar voren. Onderzoeksresultaten fungeerden daarbij als achtergrond.

Ook de keuze voor het interventieproject in Noord is door onderzoek beïnvloed. Achtergrond van het project zijn sociaal-economische gezondheidsverschillen. Uit de Vergelijkende Buurtonderzoeken was gebleken dat de gezondheidstoestand in Amsterdam-Noord niet veel afweek van die van Amsterdam als geheel, maar dat het oude gedeelte van Noord een relatief slechte gezondheidstoestand heeft. De GG&GD heeft dan ook nader onderzoek gedaan naar gezondheid en determinanten in Noord, met een nadruk op Oud-Noord. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van bestaand statistisch materiaal en van gesprekken met 24 sleutelinformanten uit Noord. Het onderzoek bevestigt de uitkomsten van de Vergelijkende Buurtonderzoeken voor Oud-Noord, en maakt deze concreter. De gemiddelde sociaal-economische status in Oud-Noord blijkt laag te zijn en de gezondheidstoestand is minder goed. Ouderen en migranten, groepen met relatief grote gezondheidsrisico's, zijn oververtegenwoordigd en ondervinden problemen bij de zorgverlening. Bij ouderen gaat het om een gebrekkige thuiszorg, bij migranten om een hoge drempel bij de toegang tot de gezondheidszorg. De woningen in Oud-Noord zijn klein en vochtig en de woonomgeving is onprettig en vaak onveilig (De Ceuninck van Capelle et al. 1992:73-74). In overleg tussen de GG&GD en de Universiteit Utrecht is gekozen het thema migranten en gezondheidszorg verder uit te werken en hierop een interventie-project te ontwikkelen. De doelgroep migranten is gekozen omdat in buurten met een concentratie van ongezondheid, zoals Oud-Noord de groep migranten extra problemen blijkt te hebben. Zij delen de lage sociaal-economische status van hun medebuurtbewoners en hebben daarnaast te maken met problemen met de culturele inpassing in Nederland, met gespletenheid tussen twee culturen en met een minder soepele toegang tot de gezondheidszorg. *'Hun dubbele maatschappelijke achterstandspositie als arbeider en als allochtoon heeft een negatieve invloed op de gezondheid.'* (Van Dijk 1990:215)

Het project Gezondheid in de Stadsdelen in Amsterdam probeert de overstap van onderzoek naar actie makkelijker te maken door in het onderzoek de nadruk te leggen op de subjectieve beleving van gezondheid en op de determinanten die bewoners zelf als invloed op hun gezondheid zien. Men hoopt zo op een meer herkenbaar onderzoeksresultaat dan het geval zou zijn geweest met een 'objectieve' benadering van gezondheid. Een andere versoepeling van de overstap van onderzoek naar actie is de opbouw van een netwerk van sleutelfiguren in de wijk, voorafgaand aan de uitvoering van een uitgebreide gezondheidsenquête. Mensen die professioneel of niet professioneel betrokken zijn bij de betreffende wijk worden gevraagd naar hun mening over gezondheid en gezondheidsfactoren in de wijk en over de mogelijk manieren die gezondheid te verbeteren. Gaandeweg het onderzoek kan deze groep sleutelfiguren gaan werken als groep die betrokken raakt bij het onderzoek en in de wijk een aanjaag-

functie vervult voor de overstap van onderzoek naar actie.⁸ In het kader van het project Westerpark is een bijeenkomst georganiseerd voor alle betrokken instellingen in het stadsdeel. De bedoeling was afspraken te maken voor een vervolg op de gezondheidsenquête. Dit heeft echter niet op deze manier gewerkt. Elke instelling had een eigen optiek over gezondheid en het bleek niet reëel te verwachten dat de instellingen met voorstellen kwamen (Braan en De Ceuninck van Capelle 1994:18-19). Voor het Opvoedings-project in Westerpark is een behoeftepeiling onder ouders gerealiseerd over de problemen zij ervaren bij de opvoeding van hun kinderen (Scholten et al. 1993). Aan het eind van het projectjaar is een bijeenkomst georganiseerd voor professionals die bij kinderen betrokken zijn. Hieraan hebben 40 personen deelgenomen. Op deze bijeenkomst zijn bilaterale contacten gelegd over betere afstemming en verwijzing, maar kon nog geen samenwerkingsverband van de grond komen zoals de bedoeling was (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:45).

In Noord is ook geprobeerd een groep sleutelfiguren te vormen naar aanleiding van het onderzoeksrapport Boven het IJ, maar ook dit heeft niet tot activiteiten geleid. In Noord is een en ander tot stand gekomen via het interventieproject Migranten en gezondheid. Hier is geprobeerd anders te werk te gaan dan via een presentatie van onderzoeksresultaten in de hoop dat betrokkenen dit oppikken en aan de slag gaan. Vanuit de constatering dat onderzoek in lokaal gezondheidsbeleid vaak startpunt is, maar ook vaak eindpunt, is er een manier ontwikkeld die een overstap van onderzoek naar actie mogelijk maakt. Zo'n werkwijze zou niet alleen aansluiting moeten vinden bij mensen die professioneel bij gezondheid en zorg betrokken zijn, maar ook bij de leefwereld van mensen die geen beroepsmatige en geschoolde betrekking tot gezondheid en zorg hebben. Om dat mogelijk te maken moet er een synthese gevonden worden tussen het gebruiken van professionele expertise en initiatieven (ook wel 'top-down-benadering' genoemd) en het ondersteunen van expertise en initiatieven van 'gewone' mensen uit de doelgroep ('bottom-up'). Een voorwaarde om tot zo'n synthese te komen is het vinden van een evenwicht tussen gewenste betrokkenheid van bewoners en de effectiviteit en kwaliteit die professionals in hun werk verlangen.

Er is in dit project geëxperimenteerd met een variant van de delphi-methode. Normaal gesproken is dit een schriftelijke raadpleging van (wetenschappelijke) deskundigen over een onderwerp dat op dat moment nog nauwelijks contouren heeft. De raadpleging vindt plaats in enkele ronden, waarbij de onderzoeker steeds de resultaten van de vorige ronde aan de deelnemers stuurt met het verzoek om commentaar, zolang totdat geen nieuwe toevoegingen of verfijningen meer te verwachten zijn. In dit project is aan deze delphi-methode is een meer ontwerpend en activerend element toegevoegd waardoor dit het karakter krijgt van participatieve planning (Rijkschroeff 1989:41). Participatieve planning vindt — in tegenstelling tot blauwdruk- en strategische planning — plaats in overleg en in directe communicatie met betrokkenen. Planning wordt hier gezien als een sociaal leerproces, dat emanciperend kan werken voor de betrokkenen en hun omgeving. De informatiebasis van het proces is zowel

⁸ In Roering, Keverling en Ten Dam (1994) is een dergelijk proces beschreven. De bewonersgroep kan zich op die manier ontwikkelen in de richting van een onderzoeksgroep zoals bedoeld bij *bewoners-zelfonderzoek* (Ten Dam 1992).

traditie en ervaringsdeskundigheid, als wetenschappelijke kennis (Friedman 1973, Kreukels 1980). De nadruk ligt op de participatie van betrokkenen en het is daarmee principieel een planning van onderop. Naast de conventionele delphi-methode die vooral steunt op schriftelijke communicatie is een *real-time* delphi mogelijk: de deelnemers worden in conferentie-vorm rechtstreeks met elkaar in contact gebracht. Beide vormen kunnen tenslotte gecombineerd worden (Van Houten en Van der Zee 1980). Daar waar de delphi-methode in strategische planning gebruikt wordt om wetenschappelijke kennis te raadplegen, wordt de methode hier — in de lijn van participatieve planning — gebruikt om zowel wetenschappelijke als ervarings- en professionele kennis te consulteren. Doel is in een open dialoog te komen tot een schets van de toekomst van in dit geval gezondheid en zorg van migranten in de Van der Pekbuurt. De delphi-methode wordt in dit project in verschillende vormen toegepast, waarbij de onderzoekers steeds de verbindende schakel zijn: mondeling/individueel in de vorm van de gesprekken met de hulpverleners en de migrant-bewoners; schriftelijk/individueel in de vorm van de analyses die na elke conferentie aan de deelnemers werden gepresenteerd; mondeling/collectief in de vorm van de gehouden werkconferenties.

In de aanloop van dit project Migranten en gezondheid in de Van der Pekbuurt is sterk geprobeerd te werken vanuit aansluiting bij bestaande initiatieven en netwerken in de buurt. Al bij het opstellen van het gezondheidsprofiel van Noord zijn gesprekken gevoerd met 24 sleutelinformanten uit de Noord. Later, bij de toespitsing van het project op de Van der Pekbuurt, is deze lijn doorgezet in de gesprekken met hulpverleners en zelforganisaties in de Van der Pekbuurt en in de gesprekken met een negental migranten over gezondheid, ziekte en zorg. In de gesprekken met instellingen en zelforganisatie is gesproken over de inschatting die men maakt van de problematiek in de wijk, toegespitst op gezondheid en zorg. Daarnaast zijn de gesprekken gebruikt om eventuele samenwerking te traceren en om te achterhalen in welke mate instellingen en zelforganisaties bereid waren om in een project rond gezondheid en migranten te participeren. In verband met het laatste is er voor gekozen om zowel met directeuren van instellingen als met uitvoerend werkers te spreken. Dit is in de meeste gevallen gelukt.

Van een negental migranten zijn individuele interviews afgenomen. De respondenten zijn aangezocht via de instellingen en de zelforganisaties, en geselecteerd op een evenredige verdeling naar leeftijd, sekse, land van herkomst, werk(eloosheid) en gezondheid. De topics die in deze gesprekken aan de orde zijn geweest zijn: de ervaringen met de komst naar Nederland; de huidige werksituatie en de werkgeschiedenis; opvattingen en gewoonten rond gezondheid, ziekte en zorg zowel in Nederland als in het land van herkomst; de ziektegeschiedenis; en de verwachtingen en ervaringen ten aanzien van de gezondheidszorg in Nederland. De verslagen van deze gesprekken zijn gegoten in de vorm van korte 'life histories', die gezondheidsportretten zijn genoemd. Deze portretten zijn gebruikt als basismateriaal voor de werkconferenties. Met de gezondheidsportretten is geprobeerd een aansluiting te maken bij de subjectieve beleving van de doelgroep en hun cultuur van gezondheid. Er is niet gewerkt met gesimuleerde cases, maar met concrete gezondheidsbeschrijvingen van personen in de wijk, waardoor hulpverleners en zelforganisaties niet onder het gegeven uit kunnen dat zaken zoals in de portretten zijn weergegeven, ook daadwerkelijk in 'hun' wijk voorko-

men. Hiermee is geprobeerd tegenwicht te bieden tegen eventuele gevestigde meningen en belangen van de instellingen en zelforganisaties (Ten Dam 1995 en 1996).

Utrecht

Beter eten? Zeker weten! in de Utrechtse wijk Zuilen heeft een gezondheidspeiling in Utrecht over de jaren 1986 en 1987 als aanleiding. Een fysiek onderzoek (bloedafname en gewichtsbepaling) maakte hiervan deel uit (Gorissen et al. 1988). Utrecht — en daarbinnen vooral de armere wijken — bleek op gezondheid slechter te scoren dan de andere grote steden. Vooral een gemiddeld hoog cholesterolgehalte, hoge bloeddruk, overgewicht en meer rokers dan gemiddeld vielen op. De prevalentie van hart- en vaatziekten is dan ook hoger dan elders. Men constateerde dat de toegenomen aandacht voor sociaal-economische gezondheidsverschillen en het inzicht dat de gebruikelijke voorlichting over gezond gedrag bij een deel van de bevolking niet leidt tot een verbetering van de leefgewoonten, vraagt om andere manieren om de gezondheidstoestand van de lagere sociaal-economische klassen te verbeteren (Dros en de Jong 1992). Het thema van het project (voeding) en de interventiewijk (Zuilen) zijn gekozen op basis van de kwantitatieve onderzoeksgegevens en stonden aan het begin van het project al vast. Dit ziet men achteraf als strijdig met het idee van bevolkingsparticipatie (De Jong 1994a:37). In het voorbereidend onderzoek zijn geen kwalitatieve gegevens over belevingsaspecten van gezondheid en gezondheidsproblematieken meegenomen. Het gevolg kon zijn dat een actiepoint gekozen werd dat de belangstelling van de bewoners niet heeft.

Den Haag

In het Haagse project Scheveningen zijn gezondheidsverschillen die in Scheveningen werden geconstateerd de directe aanleiding voor de keuze van Scheveningen als project-wijk geweest. In 1990 is door de Afdeling Epidemiologie een onderzoek onder sleutelinformanten gehouden. Op basis hiervan is een representatieve gezondheidsenquête onder 2300 inwoners van Scheveningen gehouden. Over de opzet, uitvoering en interpretatie van de enquête zijn gesprekken gevoerd met sleutelinformanten van instellingen (Anken en Paape 1993): *'Van oktober tot en met december gaan we een hele serie buurt- en clubhuizen en wijk- en dienstencentra af om bewoners te informeren en feed-back te krijgen op de enquête-uitkomsten.'*⁹ Gesprekken met bewoners hierover zijn *'zeer beperkt'* gebleven (Nijhuis 1994a:186). Naast de enquête is een tweede ronde gesprekken met sleutelinformanten gehouden. De resultaten van de enquête en van de gesprekken met de sleutelinformanten stemden onderling overeen en deze zijn voorgelegd aan wederom de groep sleutelinformanten, met de bedoeling tot actiepunten te komen. Het resultaat hiervan was diffuus:

'De uitnodiging om prioriteiten te benoemen gaf steeds een moeilijk te hanteren grote diversiteit van beelden, interpretaties en verwachtingen te zien, die bepaald werden vanuit een evenzo grote diversiteit aan persoonlijke ervaringen, normatieve opvattingen

⁹ Mondelinge mededeling M. Paape, 28-6-93.

of disciplinaire gezichtspunten. Uit de contacten met de bewonersvertegenwoordigers sprak een mengeling van onvermogen en beperkte interesse om op het collectieve niveau van het stadsdeel gezondheidsprioriteiten te definiëren. De onderzoekers werden verzocht zelf met voorstellen te komen.’ (Nijhuis 1994a:187)

Het bleek dat bewoners en sleutelinformanten niet makkelijk te betrekken zijn bij de vrij abstracte uitkomsten van epidemiologisch onderzoek, die vaak ook nog lang op zich hebben laten wachten. De begeleidingsproep van het project heeft uiteindelijk zelf vier actie-thema's vastgesteld. In het ideale geval was er een gelijkwaardige verhouding geweest tussen de objectiverende inbreng van de GGD en de subjectieve inbreng van de kant van de bewoners (Nijhuis 1994b:93). Er zijn plannen voor drie gespreksgroepen. Twee daarvan, medicijngebruik en sociale onveiligheid, verkeren nog een de fase van plannen maken. Door de derde groep over opvoedingsondersteuning zijn voorlichtingsactiviteiten gestart.

Gegevens als basis: balans

Onderzoek speelt bij lokale gezondheidsprojecten een prominente rol. Hieraan zal niet vreemd zijn dat bij de totstandkoming en de uitvoering van de gezondheidsprojecten de afdelingen Epidemiologie van de vier gezondheidsdiensten een groot aandeel hebben gehad. Onderzoek naar lokale gezondheidsverschillen heeft in de grote steden een lange traditie die soms teruggaat tot de vorige eeuw. Als structurering van onderzoek wordt steeds het determinantenmodel van Lalonde gebruikt.

Aan de basis van alle projecten in de vier grote steden ligt onderzoek naar gezondheidsverschillen ten grondslag. In Rotterdam betreft het een continue monitoring, in de andere steden gaat het om incidentele onderzoeksprojecten. In enkele gevallen spelen daarnaast initiatieven van bewoners een rol. Zo is in Feijenoord in 1990 het onderzoek *Gezond en wel in Feijenoord* uitgevoerd. De onvrede over de uitkomsten van dit onderzoek — vooral bij de groep vrouwen in het buurthuis — was aanleiding voor de activiteiten. Ook in Bospolder-Tussendijken en in Westerpark zijn activiteiten van bewoners de aanleiding geweest van gezondheidsprojecten. Uiteraard zijn allerlei ideeën — zoals Sociale Vernieuwing en het Healthy Cities concept — inspiratie geweest, maar dit is nooit als enige de aanleiding voor een project geweest. Inspiratie is steeds hand in hand gegaan met onderzoek.

De onderzoeksmethoden die het meeste voorkomen zijn: herberekening van bestaande stedelijke gegevens naar het buurtniveau, gezondheidsenquête, behoeftepeiling en onderzoek onder sleutelinformanten. De Gezondheidspeiling Utrecht waarop de keuze voor Zuilen als lokatie van het Voedingsproject is gebaseerd, is het enige voorbeeld van onderzoek waarvan medisch onderzoek deel heeft uitgemaakt. Bij deze peiling is bij respondenten bloed afgenomen en geanalyseerd en zijn lengte en gewicht vastgesteld. Onderzoek onder professionele en niet-professionele sleutelinformanten wordt veruit het meeste gehanteerd. Het is een relatief snelle (en goedkope) onderzoeksmethode die een redelijk betrouwbaar beeld kan geven van gezondheidsproblemen in een wijk. Een nadeel is dat de 'objectieve' gezondheidstoestand minder in beeld komt, maar daarentegen is er veel ruimte om de subjectieve beleving in kaart te brengen en kan dergelijk onderzoek een verkenning opleveren van de perspectieven

voor toekomstige activiteiten.

Onderzoek is bedoeld om inzicht te geven in de gezondheidssituatie en wordt gebruikt om achterstanden in gezondheid op de sporen. Het kan gaan om de geografische verdeling van gezondheid tussen stadsbuurten, maar ook om het opsporen van specifieke groepen met gezondheidsproblemen. Onderzoek wordt ingezet bij de keuze van de lokatie, de groep en de thematiek. Maar onderzoek kan ook een rol spelen in de aanzet voor gezondheidsbevorderende activiteiten. Juist de stap van de presentatie van de onderzoeksresultaten naar het entameren van activiteiten verloopt soms gebrekkig. De verwachting dat kennisname van gezondheidsproblemen in de wijk leidt tot enthousiasme bij bewoners om aan de slag te gaan, blijkt niet uit te komen. De afstand tussen de verzamelde wetenschappelijke gegevens en het dagelijks leven van bewoners is daarvoor te groot. Iets dergelijks geldt voor instellingen die op wijkniveau opereren. Als instellingen niet eerder dan na afronding van een onderzoek betrokken worden bij voorstellen voor interventie, blijkt pas dan dat er onverenigbare visies leven over gezondheid en gezondheidsbevordering. Vaak (Westerpark, Zuilen, Scheveningen) is er een traditionele volgorde in onderzoek en interventie: onderzoek door epidemiologen, vervolgens de betrokkenen informeren over de resultaten en tenslotte overleg over een actieplan. In Feijenoord, het Oude Westen, Bospolder-Tussendijken en de Van der Pekbuurt bestond er een directere betrokkenheid van bewoners en instellingen in de betreffende wijk bij het uitgevoerde onderzoek.

Bij het Westerpark project, maar ook bij de projecten in Rotterdam wordt de rol van onderzoek gerelativeerd. Om aan te kunnen sluiten bij de sociale werkelijkheid van bewoners en instellingen in Westerpark, zo stelt men, dient de eigen prioriteitsstelling op basis van onderzoek gerelativeerd te worden. Het onderzoek werd weliswaar gebruikt om thema's op te sporen, maar de eigenlijke actiepunten kwamen meestal uit gespreksrondes met instellingen en bewonersgroepen naar voren. Onderzoek is richtinggevend, maar niet doorslaggevend.

6.4.3 Intersectorale samenwerking

Rotterdam

Samenwerking vindt men in Rotterdam belangrijk omdat de gezondheidssector zelf relatief weinig invloed op de volksgezondheid heeft. De gezondheidszorg is slechts één van de gezondheidsdeterminanten, en daarvan maakt de Gemeentelijke Gezondheidsdienst vervolgens slechts een klein deel uit. Men heeft bemerkt dat samenwerking in concrete activiteiten op wijkniveau veel oplevert, waar geïnstitutionaliseerde samenwerking op directieniveau vanwege competentie-strijd en het bestaan van regelgeving eerder verlamd werkt. Dat geldt ook voor het project Migranten en Gezondheid in Rotterdam. Er is in de samenwerking in de wijk Bospolder-Tussendijken weinig geformaliseerd.¹⁰

¹⁰ Overigens is het project zelf het resultaat van een institutionele samenwerking tussen de GGD Rotterdam e.o. en het Rotterdams Instituut Bewonersondersteuning (RIO).

*'Het gaat meer om de snelle en functionele contacten die je kunt maken. (...) We werken met een netwerk van personen. Bijvoorbeeld met iemand die bij de wijkverpleging werkt of bij een schoolartsdienst. Als ik met al die instituties te maken heb, dan kan ik het wel schudden. Het is een niet-institutionele benadering'*¹¹.

Het feit dat de aanpak wijkgericht is, is hierin belangrijk:

'Door wijkgericht te werken kunnen de voorlichtsters¹² een bemiddelende rol vervullen tussen migranten en de instellingen die een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de gezondheidssituatie. De voorlichtsters werken een lange tijd in dezelfde wijk, ze maken onderdeel uit van het netwerk in de wijk en ze zijn in staat een vertrouwensrelatie op te bouwen met bewoners.' (Sweep 1994a:39).

Het resultaat van deze werkwijze is dat er in de project-wijken netwerken rondom gezondheid zijn ontstaan. Deze netwerken signaleren problemen en behoeften in een vroeg stadium, ze nemen initiatieven voor gezondheidsbevorderende activiteiten in hun buurt en blijken verantwoordelijkheid te nemen voor de praktische uitwerking ervan (Van den Bogaard et al. 1994:196). Toch is het de vraag of instellingen buiten de gezondheidszorg op termijn bereid blijven een bijdrage te leveren. Immers, de primaire taak van deze instellingen ligt niet op het gebied van gezondheid en het is steeds de vraag of de samenwerking iets oplevert in termen van de eigen doelstellingen. Een buurthuis wordt niet afgerekend op de bijdrage aan gezondheid en omgekeerd wordt een gezondheidsdienst niet betaald voor bijdragen op het terrein van welzijn (Fortuin 1993b:8).

In het Gezonde Stad project in Rotterdam zijn enkele buurtgerichte werkers aangesteld. Zij werken aan de verschillende projecten in de wijk in samenwerking met bewoners en instellingen zoals het opbouwwerk, buurthuizen, bewonersorganisaties, artsen, hulpverleners, scholen en de wijkagent. Deze buurtgerichte werkers zijn in dienst van de GGD en houden met opzet naast hun werk in de wijk ook een taak binnen de GGD. Men vindt dat buurtgericht werken evenzeer betrekking heeft op de buurt als op de GGD-organisatie en dat daarom beide processen aandacht moeten hebben (Van den Bogaard 1992:73). De uitgangspunten en de aanpak van het Gezonde Stad project moeten geen nieuwe geïsoleerde methodiek worden, maar moeten integraal onderdeel worden van het werk van de GGD zelf. Een aspect van intersectoraal werken op buurtniveau is dat er zo ervaring opgedaan kan worden in de samenwerking tussen een stedelijke instelling, zoals de GGD, en lokale processen in een buurt (Lipman 1993). Een belangrijk knelpunt binnen de GGD is dat er naast het bestaan van het projectbureau Gezonde Stad onvoldoende formele bevoegdheidsstructuren zijn gecreëerd om anderen bij de nieuwe werkwijze te betrekken. *'Het blijft zo een beetje rommelen in de marge, wat het naar de toekomst ook moeilijk in te schatten maakt welke richting Ge-*

¹¹ Gezondheidsopbouwwerker van Migrant en Gezondheid geciteerd in Jonkers et al. 1992:77.

¹² Bedoeld zijn de voorlichtsters van het spreekuur op het Gezondheidsinformatiepunt in Bospolder-Tussendijken.

zonde Stad op zal gaan.' (Lipman 1993:25) De vertegenwoordiger van het Rotterdams Instituut BewonersOndersteuning zegt hierover: *'Het dilemma is dat de GGD over onvoldoende sturingsmogelijkheden beschikt om anderen op de lijn van Gezonde Stad te krijgen. Zij moet het vooral hebben van een moreel beroep.'*¹³ Op stedelijk niveau functioneert onder voorzitterschap van de directeur van de GGD een intersectorale projectgroep rond gezondheidsbevordering. In deze projectgroep werken de GGD, het opbouwwerk en het sociaal-cultureel werk, de dienst Onderwijs, de dienst Recreatie en het wijkbeheer in enkele deelgemeenten samen. In de projectgroep wordt vooral op theoretisch niveau gesproken over samenwerking. Tot concrete projecten op stedelijk niveau is het nog niet gekomen. De deelnemende sectoren zeggen dat het pas langzaam duidelijk wordt wat hun bijdrage aan gezondheid zou kunnen zijn. Feitelijke samenwerking is nog onderontwikkeld (Lipman 1993:8).

Samenwerking met huisartsen is een moeilijk punt. Bezoekers van het gezondheidssprek uur in Bospolder-Tussendijken werden weinig door de eerstelijns doorverwezen. De bekendheid van het spreekuur zou bij huisartsen moeten worden vergroot (Sweep 1994a:38). Een ander knelpunt is dat de GGD reageert op problemen en behoeften in de wijk en initiatieven neemt, maar zelf slechts beperkte menskracht kan inzetten. Ook de instellingen in de wijken hebben doorgaans niet de ruimte voor extra inzet bovenop het reguliere werk (Lipman 1993).

Een bijzondere vorm van samenwerking is het project Openbare geestelijke gezondheidszorg in Crooswijk. Het gaat in dit project om de vroegtijdige signalering en aanpak van sociaal-psychiatrische probleemgevallen om verder escaleren in de richting van opname, huisuitzetting of een ernstige crisis te voorkomen. Om dit te kunnen bereiken functioneert op wijkniveau een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en is in de wijk een netwerk van instellingen opgebouwd van ouderenwerk, politie, woningbedrijven, migrantenwerk, maatschappelijk werk, wijkorgaan, beschermd wonen en de GGD. Het gaat om individuele hulpverlening met een vaak dwangmatig karakter. In het netwerk worden cases besproken die door de leden van het netwerk, of van daarbuiten, aangemeld worden. Het netwerk kijkt of de gevallen passen binnen het takenpakket van de verpleegkundige en ziet erop toe wanneer een casus overgedragen kan worden aan de reguliere hulpverlening (Van der Hijden 1993).

Amsterdam

Intersectorale samenwerking wordt in Amsterdam gezien als het belangrijkste uitgangspunt voor lokale gezondheidsbevordering. De totstandkoming van samenwerking is primair omdat het in Gezondheid in de stadsdelen gaat om de ontwikkeling van gezondheidsbeleid waarvoor de bouwstenen gevormd worden door deelbeleid op diverse terreinen van het maatschappelijk leven (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:51). Maar slechts in een enkel geval krijgt samenwerking een structureel karakter. Meestal blijven het incidenten. Debet hieraan is het ontbreken van menskracht en een regie. Deelnemende instellingen hebben weinig tijd en 'kijken wat er te halen valt'. Samenwerking met zelforganisaties van migranten was in de meeste gevallen broos en mislukte vaak. Dit geldt zowel voor de initiatieven in Westerpark

¹³ Geciteerd in Horstik 1992:24.

(De Ceuninck van Capelle et al. 1994:52) als voor het project Migranten en gezondheid in Amsterdam-Noord (Ten Dam 1996).

Het belang van samenwerking tussen verschillende beleidssectoren wordt in het Westerparkproject benadrukt vanuit maatschappelijke achterstand. Verbetering van de gezondheid van mensen in achterstandssituaties kan niet alleen vanuit de gezondheidszorg bereikt worden, maar vraagt ook om maatregelen op andere beleidsterreinen zoals onderwijs, economie, volkshuisvesting en ruimtelijke ordening. Intersectorale samenwerking is dan een logisch gevolg (Van Wieringen et al. 1990a:2). Samenwerking betekent overigens ook dat er botsingen kunnen ontstaan met ander instellingen:

*'De GG&GD is gericht op samenwerking. Maar door de aard van de doelstelling en de strategie die gekozen is — het ontwikkelen van nieuwe initiatieven — kun je op je vingers nagaan dat er conflictmatige situaties kunnen ontstaan. Als het project nooit in opspraak zou zijn, dat zou ik twijfels hebben over het goede functioneren van het project. Je moet op een bepaalde manier soms weerstanden creëren en overwinnen. Het is nu eenmaal een project dat vernieuwing wil.'*¹⁴

In het Ouderenproject in Amsterdam is het beleid sociale vernieuwing een stuwende factor. Een van de elementen van dit beleid, het doorbreken van verkokering gericht op een kwetsbare groep, is tegelijk een belangrijk element in het Ouderenproject. De gesprekken met de ouderen leveren informatie over het gebruik en de kwaliteit van dienstverlening aan ouderen, en over dienstverlening waaraan ouderen behoefte hebben. Zorgverbetering in samenwerking met de bestaande instellingen is daarvoor de aangewezen weg (Böckling 1993).

Voor het project in het stadsdeel Westerpark is een projectteam opgericht van drie medewerkers: een ambtenaar van het stadsdeel Westerpark, een onderzoeker van de GG&GD en een medewerker van het Buro GVO. Een voordeel van deze werkwijze is dat kennis van zowel de beleidssectoren van het stadsdeel als van gezondheid, preventie en voorlichting voorhanden was. Elk van de drie projectleden bracht een eigen netwerk mee waardoor de juiste personen en instellingen makkelijk te vinden waren. Ook bleek men goed op de hoogte van vergelijkbare initiatieven (Thomas 1994:37). Naar aanleiding van de gezondheidsenquête zijn gedurende het hele projectjaar (de bedoeling was drie maanden) oriënterende gesprekken gevoerd met werkers en management van een veelheid aan instellingen in Westerpark. De bedoeling was dat het thema gezondheid zou gaan leven en dit zou instellingen stimuleren om een bijdrage te leveren. Dit heeft uiteindelijk weinig opgeleverd. Gaandeweg is het projectteam zich meer op bestaande netwerken en samenwerkingsverbanden gaan richten (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:23-24). Omdat lokaal gezondheidsbeleid niet mogelijk is zonder een breed draagvlak, kiest men daarbij voor een 'open lijn' naar zoveel mogelijk betrokkenen, ook al betekent dit schipperen tussen uiteenlopende belangen en wensen van groepen en instellingen.

¹⁴ Mondelinge mededeling C. de Ceuninck van Capelle, 11-6-93.

Het projectteam zelf kreeg de kans relatief zelfstandig te opereren. De drie deelnemende organisaties bleven op enige afstand en daardoor kon het projectteam de nodige experimenten aangaan met nieuwe modellen en interventies. Het nadeel ervan was dat het draagvlak en de bestuurlijke dekking bij de deelnemende organisaties niet makkelijk te versterken was. Zeker gold dat bij een grote organisatie als de GG&GD. Het is een organisatie waarin bovendien het medische aspect de boventoon voert en een maatschappelijk aanpak van gezondheidsproblemen onwennig tegemoet wordt getreden. Het werken met een interdisciplinair team botst met de hiërarchische structuur van de GG&GD. Ook bij het stadsdeel wordt gezondheid geassocieerd met artsen. De betrokkenheid van de voorzitter van de stadsdeelraad blijkt geen voldoende voorwaarde voor inbedding van het project in de organisatie van het stadsdeel. De samenwerking met het management van het stadsdeel wordt als moeizaam ervaren. Wel is meer gevoeligheid ontstaan voor de effecten die beleid in het stadsdeel kan hebben op gezondheid. De inzet van het Buro GVO in het projectjaar was ervaring opdoen met gezondheidsbevordering in een lokale context. Men vindt het experiment in dat opzicht — ondanks de hoge tijdsinvestering — geslaagd. De nadruk vanuit het Buro ligt op gedrag en leefwijze. Dit heeft invloed gehad op de keuze van de projecten in Westerpark (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:59ev).

In het project Migranten en gezondheid in de Van der Pekbuurt is een ronde van gesprekken met instellingen en zelforganisatie gebruikt om eventuele al bestaande samenwerking op wijkniveau te traceren. Er bleken een aantal samenwerkingsverbanden te bestaan, maar deze liggen vooral op het niveau van casuïstiek en zijn incidenteel van aard. De instellingen komen bij elkaar om bepaalde cases te bespreken, maar niet om een aanpak te ontwikkelen voor meer structurele oplossingen (Ten Dam et al. 1992:21). De instellingen reageerden positief op de vraag naar medewerking aan het interventieproject. Ze onderschrijven het belang van een betere samenwerking en van de doorbreking van schotten tussen de instellingen. Men beseft dat *'voor de aanpak van belangrijke gezondheidsproblemen de eigen formele taakstelling en traditionele werkwijze niet toereikend is'* (Initiatiefgroep 1994:11). Gezien vanuit de optiek van intersectorale samenwerking heeft het project Migranten en gezondheid geresulteerd in een beleidsstuk voor het Gezondheidsinformatiecentrum waarin 11 deelnemende instellingen zich hebben vastgelegd activiteiten te ontwikkelen en te bundelen (Initiatiefgroep 1994:3). De sectoren waarop deze instellingen zich bewegen zijn: kruiswerk, geestelijke gezondheidszorg, opvoedingsondersteuning en -voorlichting, bewonersondersteuning, alcohol- en drugshulpverlening, basisgezondheidszorg, ouderenwerk en maatschappelijk werk. Vastgesteld is dat de instellingen zelf structureel de kosten voor het centrum dragen. Dat wil zeggen dat de instellingen die eigen activiteiten financieren en een vergoeding voor het gebruik van het centrum betalen. De toegezegde subsidie van het Stadsdeel Noord is uitsluitend voor de projectontwikkeling en voor de aanloopkosten gedurende de eerste twee jaar (Initiatiefgroep 1994:18). Belangrijk voor het succes van de samenwerking is ook het uitgangspunt van een groeimodel geweest. Omdat er in Noord frustraties bestonden rond een eerder project over gecoördineerde ouderenzorg, is gekozen voor een geleidelijke informele opbouw van het project. Het adagium was: starten op basis van concrete activiteiten en samenwerking, en

van daar uit werken naar structurele verbanden. Daarmee kon voorkomen worden dat er problemen rond autonomie en competenties van instellingen ontstonden (Initiatiefgroep 1994:11).

Op stedelijk niveau is in 1991 in Amsterdam een Beleidsgroep Gezondheid in de Stadsdelen opgericht. De opdracht luidde: 'realiseerbare voorstellen voor lokaal gezondheidsbeleid te formuleren'. De deelnemers kwamen uit kringen van de GG&GD, de afdeling Gezondheidszorg van de Gemeentesecretarie, de Stadsdeelraad Westerpark en het Buro GVO. Het belang om het stedelijk niveau te betrekken bij lokaal gezondheidsbeleid hangt ook samen met het feit dat veel lokaal opererende instellingen, waaronder de GG&GD zelf, onderdeel zijn van stedelijke organisaties. Problemen met bijvoorbeeld mandatering zijn niet zonder het management op stedelijk niveau op te lossen (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:66)

Utrecht

Het gezondheidsproject *Beter eten? Zeker weten!* is een samenwerkingsproject van de GG&GD Utrecht, het Kruiswerk Stad Utrecht en het Integraal Kankercentrum Midden-Nederland. Verenigd in de Werkgroep Voeding waren deze organisaties verantwoordelijk voor het project. Op wijkniveau werd in een wijkprojectgroep samengewerkt met het buurtwerk, de wijkontwikkelingsmanager van de gemeente Utrecht, de Jeugd Gezondheidszorg, het ouderenwerk, tandheelkundige preventiemedewerkers, scholen en supermarkten.

De samenwerking tussen de drie instellingen in de Werkgroep Voeding is vooral in de beginfase stroef verlopen. Men wijt dit aan het experimentele karakter van zowel het gezondheidsproject in Zuilen als van de samenwerking zelf. Verschillen in deskundigheden, achtergronden en 'culturen', een beperkte voorbereidingstijd en niet-uitgesproken verwachtingen eisten hun tol (De Jong 1994a:35).

De samenwerking met de supermarkten is een mooi voorbeeld van het parallel lopen van belangen in een samenwerking. De bedrijfsleider van een supermarkt in Zuilen geeft als antwoord op de vraag waarom hij mee doet aan het project: *'Als ik ergens aan meedoe dan heeft dat uiteindelijk altijd een commercieel doel, ik moet natuurlijk die winkel goed draaiende houden. Het gaat in dit geval om klantenbinding, om een positieve profilering van mijn winkel.'*¹⁵ Daarnaast vindt hij dat zijn bedrijf als onderdeel van een bekende supermarktketen een sociale verplichting naar de buurt heeft, vooral omdat de supermarkt een sterke buurtfunctie heeft. Hij heeft kennis nodig over wat er leeft in de buurt en die dienst kan het voedingsproject hem bewijzen. Als gezonde voeding in de belangstelling staat, is dat voor hem een belangrijk gegeven. Omgekeerd kan het project profiteren van de kennis over de buurt die bij medewerkers van de supermarkt aanwezig is. Zeker 30 van de 50 medewerkers komen uit de buurt zelf (De Jong 1994b).

De wijkprojectgroep heeft een belangrijke rol gespeeld. In verhouding met de rol van de projectmedewerksters was de rol van de wijkprojectgroep echter te licht aanzet. De

¹⁵ Geciteerd in De Jong 1994b:84.

wijkprojectgroep heeft zich vooral met de invulling van de concrete activiteiten beziggehouden, en niet met de achterliggende aanpak. Ook is de projectgroep in de loop van het project niet, zoals de bedoeling was, met nieuwe leden uitgebreid. Een probleem dat hierbij speelde is de lage prioriteit die gezondheid bleek te hebben voor instellingen die op wijkniveau werken. Men maakt er weinig tijd voor vrij en men verwacht dat vooral de projectmedewerkers van *Beter eten? Zeker weten!* met initiatieven komen.

Den Haag

In het Scheveningse project is een gezondheidsenquête gehouden en zijn gesprekken met de sleutelinformanten gevoerd. Toen de resultaten hiervan overeen bleken te stemmen zijn deze voorgelegd aan een groep sleutelinformanten van professionals en wijkbewoners. De bedoeling was actiepunten te formuleren en samenwerking te creëren. Het resultaat hiervan bleek tegen te vallen. Men vroeg uiteindelijk de onderzoekers zelf met voorstellen te komen. Het project Scheveningen bleef zodoende een project van de GGD. De andere instellingen en hulpverleners zijn zich niet als 'medeprobleemhouder' gaan beschouwen. Er heeft zich met andere woorden in het stadsdeel geen basis van samenwerking voor het project ontwikkeld (Nijhuis 1994a:191).

In het project in het stadsdeel Centrum bleek — zoals ook in andere steden en projecten — dat naarmate samenwerking en afstemming meer op institutioneel-bestuurlijk niveau plaats vindt, de normatieve geladenheid en de belangenbehartiging vanuit de instellingen toenemen (Nijhuis 1994b:97). Samenwerking wordt moeilijker naarmate meer afstand van het informele en persoonlijke niveau wordt genomen.

Intersectorale samenwerking: balans

Het ligt voor de hand dat er vanuit de brede definitie van gezondheid samenwerking gezocht wordt met instellingen buiten de sector gezondheid. Gezondheid wordt immers gezien als beïnvloed door meerdere factoren en dus zijn uiteenlopende disciplines en diensten nodig om een bijdrage te leveren aan bevordering van gezondheid. Op wijkniveau kan samenwerking daarbij functioneren als een netwerk met een 'collectief geheugen' voor de problematiek in de wijk en voor de voortgang bij gecreëerde oplossingen.

Wat de sectoren betreft, gaat het in nagenoeg alle gevallen om samenwerking tussen delen van de gezondheidszorg en instellingen op sociaal gebied. Slechts in een enkel geval zijn er instellingen voor de gebouwde omgeving bij betrokken of gaat het om instellingen die zich primair bewegen op het terrein van leefwijzen. Een voorbeeld van dat laatste is het Buro GVO in Amsterdam. In concreto blijkt het bijna steeds te gaan om samenwerking tussen een gemeentelijke gezondheidsdienst, een of meerdere andere instellingen uit de gezondheidszorg (zoals bijvoorbeeld de thuiszorg) en een of meerdere instellingen uit het welzijnswerk.

Samenwerking met vooral gesubsidieerde instellingen is een sterk punt bij lokale gezondheidsprojecten. In alle projecten komt zulke samenwerking in meer of minder uitgebreide vorm voor en er wordt veel in samenwerking tot stand gebracht. Samenwerking met zelf-organisaties (bewonersorganisaties of organisaties van migranten) is minder eenduidig. In Feijenoord, Crooswijk, Het Nieuwe Westen en Bospolder-Tussendijken bestaat goede samen-

werking met bewoners- en migrantenorganisaties. In Westerpark, Amsterdam-Noord, Zuilen en Scheveningen is dit veel minder gelukt. Veel instellingen, de gezondheidsdiensten voorop, zijn niet gewend om te gaan met nauwelijks geïnstitutionaliseerde groepen zoals bewoners in wijken. De bureaucratisering en verkokering werken hiervoor belemmerend.

Huisartsen vormen vaak een moeilijke groep als het om samenwerking gaat (Bospolder-Tussendijken, Van der Pekbuurt). Op de eerste plaats zijn huisartsen zelfstandige ondernemers en hebben zij, vooral in achterstandswijken met grote en moeilijke praktijken, weinig tijd om dingen te doen buiten de directe praktijk om. Ook worden overwegingen rond oneerlijke concurrentie genoemd om geen samenwerking met anderen aan te gaan. Voor werkers van gesubsidieerde instellingen ligt samenwerking vaak wat makkelijker. Daarnaast hebben huisartsen vanuit hun vak een visie die uitgaat van het individu. Samenwerking is dan minder voor de hand liggend. Omgekeerd wordt ook een 'artsencultuur' bij juist de gezondheidsdiensten als een probleem gezien bij de vormgeving van lokaal gezondheidsbeleid. De metafoor die gebruikt wordt is die van de arts die gewend is dat mensen een advies opvolgen. Bij lokaal gezondheidsbeleid werkt dit echter niet op deze manier. Het gaat minder om het geven van adviezen dan wel om het creëren van een gelijkwaardige samenwerking met instellingen en bewoners. Geconstateerd wordt dat men bij de gezondheidsdiensten wel de wil heeft om samen te werken met de instellingen in de wijk, maar dat de openheid die daarvoor nodig is niet goed wordt aanvoeld.

Soms is samenwerking in de vorm van bijvoorbeeld een gezondheidsinformatiepunt verregaand geïnstitutionaliseerd, soms blijft het bij informele samenwerking tussen werkers van verschillende disciplines. Het voordeel van deze laatste werkwijze is dat in directe contacten snel resultaten geboekt kunnen worden. De lange mars door de instituties kan vermeden worden. Maar het nadeel is ook groot: omdat er op het niveau van de instellingen niets geformaliseerd is, kunnen betrokken medewerkers op elk moment door de directie teruggefloten worden. Ook de (financiële) armslag van samenwerking moet zonder commitment van de instellingen noodgedwongen beperkt blijven. Voor een langdurige samenwerking bleek betrokkenheid van zowel het uitvoerend als het managementniveau nodig te zijn. Samenwerking blijkt echter moeilijker te worden naarmate meer afstand van het informele en persoonlijke niveau wordt genomen. Hoe meer samenwerking en afstemming op institutioneel-bestuurlijk niveau plaats vindt, hoe meer de instellingen vanuit de eigen ideologie en eigen positie zullen opereren. Desondanks is er in alle projecten (Den Haag uitgezonderd) sprake van concrete samenwerking waarbij ook het management van de instellingen betrokken is. Wel wordt samenwerking op dit niveau vaak als problematisch ervaren. Vaak ontbeert samenwerking een instelling die als 'trekker' de regie kan voeren. Deelnemende instellingen zijn afwachtend en 'kijken wat er te halen valt'. Ook is bij deelnemers aan een overleg vaak niet duidelijk vanuit welk mandaat zij opereren. De deelname van een medewerker aan een overleg geeft soms ten onrechte de suggestie dat er zaken gedaan kunnen worden. Regie botst dan met de autonomie van de betrokken instellingen. Het resultaat van dit alles kan vrijblijvendheid zijn, waardoor resultaten uitblijven. Vooral in Rotterdam en Amsterdam trekt men deze conclusie. Soms noemt men samenwerking rommelen in de marge. Het wordt daarom belangrijk gevonden om ook het stedelijk niveau te betrekken bij lokaal gezond-

heidsbeleid. Veel lokaal opererende instellingen — waaronder de GG&GD zelf — zijn als participant in lokale projecten onderdeel van stedelijke organisaties. Problemen met bijvoorbeeld mandatering zijn niet zonder het management op stedelijk niveau op te lossen.

Tot slot wordt bij samenwerking tussen verschillende sectoren de verwijdering van de kerntaak van elk van de deelnemende instellingen geconstateerd. Het is immers niet de primaire taak van een gemeentelijke gezondheidsdienst om bijvoorbeeld ouderparticipatie op scholen te bevorderen. Althans tot nu toe niet. Evenmin als het de kerntaak van het welzijnswerk is om te werken aan voedingsadviezen. Dit is een dilemma in een tijd waarin veel instellingen teruggaan naar hun 'core business'.

6.4.4 Politieke betrokkenheid

Rotterdam

Het Gezonde Stad project van Rotterdam is onderdeel van het beleid Sociale Vernieuwing van de gemeente. Het is daarmee onderdeel van het gemeentebestuur en wordt gedragen door de politieke besluitvorming. Door het Gezonde Stad tot voorbeeldproject te maken van sociale vernieuwing heeft het gemeentebestuur te kennen gegeven dit te zien als een deugdelijk initiatief dat ondersteuning en uitbreiding naar meer plekken in de stad verdient. Zo is Punt 50 in Feyenoord 'exportartikel' in de sociale vernieuwing geworden. Dat betekent dat ook andere deelgemeentes geld konden krijgen om iets dergelijks op te zetten. Gezonde Stad sluit aan bij de bestuurlijke trend om meer macht aan de wijken en deelgemeenten te geven en om verantwoordelijkheden meer bij de burgers zelf te leggen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het Gezonde Stad project is bij de GGD Rotterdam e.o. gelegd.

Het politieke bestuur is uiteraard een bestuur op afstand en houdt zich niet direct bezig met wat de GGD in de project-wijken doet. Toch nodigt de GGD, als zich speciale gebeurtenissen in de wijk voordoen, zoals wijkbijeenkomsten, altijd de commissie volksgezondheid en de wethouder uit. De wethouder komt regelmatig om een toespraak te houden of om diploma's uit te reiken aan cursisten. De politiek is zodoende goed op de hoogte van het Gezonde Stad project. De GGD heeft daar vanaf de aanvang in geïnvesteerd. Bij het begin van het Gezonde Stad project is er een miniconferentie voor de raadsleden en bestuur georganiseerd. Ook worden de voortgangsrapportages steeds op de politieke agenda gezet.¹⁶ De erkenning door de Wereldgezondheidsorganisatie van Rotterdam als Healthy City projectstad is belangrijk naar de politiek toe. Het geeft een internationale inkadering die is goedgekeurd door de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit laat zien dat het project breder is dan een hobby van enkele GGD-medewerkers. Overigens blijkt de WHO-erkenning naar de wijk toe averechts te kunnen werken:

'Daar moet je vooral niet roepen dat je aan een internationaal project deelneemt en

¹⁶ Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

*dat je een vergadering in St. Petersburg hebt. Dan zeggen ze, besteedt dat geld maar liever aan ons. Dat is ook wel logisch vanuit hun standpunt gezien. Ik heb er zelf ook wel eens moeite mee, als je op zo'n congres in Barcelona ziet hoe sjiek dat er aan toe gaat. Maar dat hoort er nou eenmaal bij, om toch dat draagvlak ook juist bij de politiek te krijgen. Daardoor kun je ten gunste van de wijken weer verder gaan.'*¹⁷

Politieke betrokkenheid is ook belangrijk voor de noodzakelijke dekking wanneer de activiteiten in een buurt de persoonlijke levenssfeer van mensen raken. Een aanpak 'op maat' bergt immers het risico van stigmatisering van groepen of individuen in zich. Bestuurlijke rugsteun en uitleg van gemaakte keuzen zijn dan van groot belang. Daarnaast is politieke betrokkenheid belangrijk voor het stimuleren en legitimeren van intersectorale samenwerking (Van den Bogaard 1994).

Toch wordt de politieke betrokkenheid, ondanks het feit dat Gezonde Stad een onderdeel is van de Sociale Vernieuwing, door veel participanten in Rotterdam als 'oppervlakkig, beleefd of formeel' ervaren. Gezondheid ziet men nauwelijks terug als afweging bij politieke beslissingen. Het lijkt geen prioriteit in de politiek te zijn (Lipman 1993:9). Ook hoeven wensen en initiatieven van bewoners en resultaten van onderzoek niet te stroken met politieke wensen (Van den Bogaard en Lipman 1992:9). Ook op ambtelijk vlak kunnen er fricties liggen tussen projecten in de wijken en de stedelijke politiek:

'Ambtenaren (...) constateren bijvoorbeeld dat zij best weten wat op wijkniveau goede projecten zijn. Maar zij moeten naar de politiek toe in staat zijn om die projecten te verdedigen met criteria die er in de politieke discussie toe doen. En hun onuitgewerkte begrip van kwalitatief hoogstaande projecten is gebaseerd op de dagelijkse omgang ermee. Maar dat soort begrip past vaak slecht in de taal waarin zij die projecten moeten presenteren voor de politieke besluitvorming.' (Fortuin 1993a:70)

Voor de politiek is het Gezonde Stad concept soms een vaag idee. Het neigt naar holisme en de inhoud ervan is diffuus en moeilijk te definiëren:

*'De één vindt gezondheid alleen maar het ontbreken van hoofdpijn of buikpijn en de ander rekent het hele welbevinden erbij — wat moet je er dan over zeggen? En dan heb je nog bijna geen taak op lokaal niveau. De mensen associëren gezondheid zelf ook met de dokter en niet met andere leef-invalshoeken.'*¹⁸

Amsterdam

Gezondheid in de Stadsdelen is als overkoepelend project ontstaan na een motie in de Gemeenteraad van Amsterdam. Het is in die zin onderdeel van het Amsterdamse gemeentebestuur.

¹⁷ Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

¹⁸ Gemeenteraadslid Rotterdam, geciteerd in Horstik 1992:22.

leid. Het project in Westerpark is een voorbeeld van een wijk-project waarbij ook de lokale politiek is betrokken. Het project heeft bij de stadsdeelvoorzitter een duidelijke positieve ontvangst gehad en deze is er intensief bij betrokken.¹⁹ Maar buiten het Stadsdeelraadbestuur reageerde de lokale politiek onwennig op het idee om het lokale beleid te beoordelen op gezondheidseffecten en zo nodig bij te stellen. Toch is de lokale politiek in het stadsdeel Westerpark gezondheid breder gaan zien en niet meer enkel in termen van instellingen en hulpverleners in de gezondheidszorg (De Ceuninck et al. 1994:54). Stadsdeelbesturen zijn echter in tegenstelling tot gemeenten, geen formeel kader om gezondheidsbeleid in te verankeren. De Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid heeft voor gedecentraliseerde stadsdelen weinig betekenis. Dat verandert pas wanneer de stadsdelen zelfstandige gemeenten worden²⁰. De GG&GD pleit ervoor tot die tijd in overleg tussen Gemeente en stadsdelen een plan op te stellen waarin de organisatorische kanten, de capaciteit en het financiële kader voor lokaal gezondheidsbeleid geregeld worden (De Ceuninck et al. 1994:72).

Bij het project in Noord is het bestuur van het stadsdeel, in de personen van de voorzitter en van een van de wethouders, vanaf het begin betrokken geweest. In de loop van het project is er regelmatig overleg geweest en een ambtenaar van welzijn heeft in het eerste jaar van het project deelgenomen aan de bijeenkomsten van de initiatiefgroep. De Initiatiefgroep heeft de bedoeling gehad om een manifestatie voor publiek en politiek te organiseren om zo nadrukkelijker met de plannen voor het centrum naar buiten te treden, maar dit is niet uitgevoerd. In de loop van het project bleek dat de lokale politiek niet voldoende bij de ontwikkelingen was betrokken. De verantwoordelijke wethouders van het stadsdeel Noord en de ambtenaren zijn weliswaar steeds geïnformeerd, maar de Stadsdeelraad zelf werd toch nog overvallen door het plan voor het Gezondheidsinformatiecentrum en de vraag naar effectivering van de startsubsidie, zoals die eerder door het bestuur van het stadsdeel was toegezegd. De raad bleek niet goed op de hoogte van de discussies en reageerde verdeeld. De Initiatiefgroep heeft de startsubsidie niet alleen nodig om de aanloopfase van het centrum te financieren, maar ook nodigt de groep hiermee de lokale politiek uit beleid op dit terrein te formuleren:

'Met haar bijdrage heeft het stadsdeelbestuur de mogelijkheid om een regietaak en haar beleid ten aanzien van bepaalde groepen concreet te maken. De premisse is hier dat de lokale gezondheidszorg net zo goed als de sectoren welzijn, werkgelegenheid en onderwijs een belangrijk onderwerp is voor het stadsdeelbeleid. Zeker als het gaat om lokale gezondheidsbevordering, en daar is het centrum bij uitstek een voorbeeld van, kan het stadsdeel een belangrijke rol spelen.' (Initiatiefgroep 1994:15).

Utrecht

Een van de doelstellingen van het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid van Utrecht is sinds

¹⁹ Mondelinge mededeling C. de Ceuninck van Capelle, 11-6-93.

²⁰ Dit is echter na referenda in Amsterdam en Rotterdam in het voorjaar van 1995 voorlopig van de baan.

1992 het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De GG&GD heeft tot taak om vermijdbare gezondheidsproblemen bij mensen met een slechte sociaal-economische positie aan te pakken. Dit is geconcretiseerd in een actieplan waarin wijkgericht werken een belangrijke plaats heeft. Bij de start van het voedingsproject in Zuilen was dit echter nog geen gemeentelijk beleid. Het project heeft politiek gezien als proefproject gefunctioneerd.

Den Haag

De lokale aanpak van gezondheidsproblemen in Den Haag past in het gemeentebestuur om de gemeentelijke dienstverlening zoveel mogelijk te deconcentreren naar stadsdelen. In 1989 is de nota *Beter Gezond* vastgesteld, waarin is neergelegd dat het gezondheidsbeleid wijkgericht vorm zal worden gegeven. De aandacht zal in de eerste plaats gaan naar wijken met de grootste gezondheidsproblemen (Gemeente Den Haag 1989:15). In een vervolgnotitie uit 1991 wordt gemeld dat gestart is met een project in het stadsdeel Scheveningen van januari 1991 tot januari 1993. Het gaat om het in beeld brengen van de gezondheidssituatie, om 'een systematische beïnvloeding van het gezondheidsbewustzijn van de inwoners van het stadsdeel' en om het uitvoeren, stimuleren en ondersteunen van gezondheidsbevorderende activiteiten (Gemeente Den Haag 1991:18). Ook het project Den Haag Centrum en de oprichting het Centrum voor Eerstelijnszorg wordt in deze notitie aangekondigd. De Haagse politiek lijkt echter weinig bij het verdere verloop van de gezondheidsprojecten betrokken geraakt te zijn. Een projectmedewerkster vindt dit jammer:

*'De raadscommissie en de wethouder zijn resultaatgericht, maar het zou ook goed zijn als ze op een informatiebijeenkomst over het project in Scheveningen mee zouden denken. In projecten in Afrika waar ik gewerkt heb, nodig ik steeds mensen uit de politiek uit. Dat is heel normaal. Maar ik heb me laten leiden door adviezen binnen de GGD dat het 'not done' is politici uit te nodigen. Die hebben daar geen tijd voor. Men zei: meld alleen als er resultaten zijn. Misschien was dat verkeerd.'*²¹

Politieke betrokkenheid: balans

Het niveau van politieke betrokkenheid loopt in de elf onderzochte projecten uiteen. Weliswaar is er in alle vier de steden sprake van een aansluiting van lokaal gezondheidsbeleid bij breder beleid in een gemeente, maar de mate waarin dit gebeurt is verschillend. In Rotterdam gaat het om het beleid sociale vernieuwing. In Den Haag heeft een beleid wijkgericht werken in de sociale wijkaanpak en een gezondheidsbeleid Beter Gezond. Utrecht kent wijkgericht werken als gemeentelijke deconcentratie. In Amsterdam tenslotte heeft een decentralisatiebeleid en hier fungeert sociale vernieuwing als inspiratiebron, maar niet als formeel kader zoals in Rotterdam. Vooral in Rotterdam is de wederzijdse versterking van Gezonde Stad en Sociale Vernieuwing groot gebleken. Gezonde Stad is onderdeel van het beleid Sociale Vernieuwing. Politieke betrokkenheid is dan ook het sterkste vorm gegeven

²¹ Mondelinge mededeling M. Paape 28-6-93.

in Rotterdam. In Rotterdam heeft de erkenning door de WHO van Rotterdam als officiële projectstad — met de erbij horende bezoeken aan internationale conferenties — op dit punt effect gesorteerd. Naar de betrokken wijken toe kan dit averechts werken: men ziet het als kostbare poeha. In Rotterdam beweegt de politieke betrokkenheid zich gelijktijdig op elk van de vijf beschreven niveaus. De politiek creëert het beleidskader, verleent opdrachten en subsidie, neemt deel aan activiteiten, verleent bestuurlijke dekking en wordt geïnformeerd. Toch wordt gezondheid door betrokkenen in de Rotterdamse wijkprojecten nergens als een politieke prioriteit ervaren. Omgekeerd is de brede opvatting van gezondheid die in lokale gezondheidsprojecten gehanteerd wordt, voor de politiek moeilijk in concreet beleid om te zetten.

Ook in Amsterdam beweegt de politieke betrokkenheid zich op alle genoemde niveaus, maar hier is lokaal gezondheidsbeleid minder expliciet onderdeel gemaakt van het gemeentelijke beleid. Een voorbeeld van een directere politieke betrokkenheid op wijkniveau is het commitment van de voorzitter van de stadsdeelraad met het project Westerpark. In Den Haag zijn de projecten onderdeel van het gemeentelijk beleid Beter Gezond. Het Voedingsproject in Utrecht is landelijk gesubsidieerd en hier is de politieke betrokkenheid diffuser.

6.4.5 Participatie

Rotterdam

In Rotterdam wordt geconstateerd dat de betrokkenheid van de bevolking wisselend is. In Punt 50 in de wijk Feijenoord is de betrokkenheid groot, in andere projecten minder. In de andere wijken worden bewoners meestal wel betrokken bij de vraag wat de wensen en mogelijkheden zijn, maar is de uitvoering een zaak van professionals, zij het in nauwe samenspraak met bewoners. Men stelt dat bewoners altijd nodig zijn als draagvlak voor een project of activiteiten. Maar dat wil niet zeggen dat bewoners ook steeds direct betrokken moeten zijn bij opzet en uitvoering van een project. Het hangt ervan af wat de bedoeling is. Bij de komst van de sociaal verpleegkundige in Crooswijk hebben bewoners niet zo'n grote rol gespeeld, terwijl het Informatiepunt in Feijenoord expliciet steunt op de medewerking van mensen uit de wijk.²² Fortuin noemt Punt 50 een model voor de Gezonde Stad aanpak: het is een bestaande activiteit, gestart vanuit een buurthuis. Er is samenwerking tussen de GGD, het buurthuis en de groep vrouwen. En het project wordt gedragen door de groep vrouwen die bewoonster zijn van Feijenoord. Er is zo een draagvlak voor gezondheidsbeleid ontstaan bij de bevolking in de wijk (Fortuin 1994b:130).

In Feijenoord bestond al veel eerder dan het project Punt 50 een groep vrouwen die elkaar regelmatig ontmoette en gezamenlijk cursussen volgde in het buurthuis. Fortuin, die Punt 50 onderzocht heeft, karakteriseert deze groep: *'Een kleine twintig vrouwen, allemaal met kinderen, veelal alleenstaand, allemaal een minimuminkomen, veelal een bijstandsuitkering,*

²² Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

allemaal laag opgeleid, sommige analfabeet, om er maar even wat etiketten op te plakken. (Fortuin 1993b:6) Vanuit deze groep vrouwen is de wens naar voren gekomen een ontmoetingspunt rondom opvoeding en gezondheid te creëren. De bestaande speel-o-theek in de wijk dreigde opgeheven te worden door een gebrek aan vrijwilligers en bij de vrouwen ontstond het idee de speel-o-theek in een uitgebreidere vorm zelf te gaan draaien. Dit werd Punt 50, een combinatie van een informatiepunt over gezondheid, een speel-o-theek, een cursuscentrum en een gereedschapuitleen. Punt 50 is een samenwerking van de genoemde groep vrouwen, een buurthuis, de Gezondheidswijzer van de GGD en de coördinator buurtgericht werken van de GGD (De Vries 1994). Hier is duidelijk een beweging 'van onderop' zichtbaar. Wel is het zo dat de profilering van Punt 50 als 'wijkgericht gezondheidsproject' voor de groep vrouwen een ongemakkelijk gegeven is, omdat voor hen een breed project is, dat onder andere aandacht aan gezondheid besteedt, maar voor de buitenwacht een gezondheidsproject werd, met een paar aardige bijkomende kenmerken (Fortuin 1993b:8).

Een bijzondere manier om vorm te geven aan participatie is de inzet van vrijwilligers uit de doelgroep. Bij Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken wordt gewerkt met vrouwen die afkomstig zijn uit de doelgroep migranten. Ze worden opgeleid tot voorlichtsters (Sweep 1994b:11).

In Rotterdam wordt steeds geprobeerd vragen los te weken door overleg met mensen in de wijk te starten en in dialoog te gaan. Toch blijft het probleem bestaan in hoeverre gezondheidswerkers in gaan op de wensen van bewoners, of ze daarentegen bewoners de eigen initiatieven uit handen nemen. Ook is het vaak niet duidelijk in hoeverre er sprake van bevolkingsparticipatie is. Zeker niet wat betreft de vraag hoeveel mensen er in feite bij betrokken zijn. Wanneer iemand van een bewonersorganisatie bij een wijkproject is betrokken, is het makkelijk te zeggen dat 'de bewoners' betrokken zijn. Maar er kan evenzeer sprake van schijnparticipatie zijn wanneer de bewonersorganisatie nauwelijks wortels in de wijk heeft.²³ Niet iedereen binnen de Rotterdamse GGD waardeert overigens het werken aan bevolkingsparticipatie. Dat komt met name door de moeilijke meetbaarheid ervan. Het is niet duidelijk waarop afgerekend moet worden (Lipman 1993).

Amsterdam

In het project *Gezondheid in de Stadsdelen* wordt participatie gezien als middel tot vergroting van de effectiviteit. *'Maatregelen ter verbetering van de gezondheid zullen alleen dan effectief kunnen zijn als ze aansluiten bij de wensen en behoeften van de lokale gemeenschap.'* (Van Wieringen et al. 1990b:2)

In de praktijk wordt als sterke kant van het Westerparkproject genoemd dat veel instellingen in het project hebben samengewerkt. Maar de bewoners bleken moeilijker te organiseren. Het tandartsenproject bijvoorbeeld is een project ter stimulering van tandartsbezoek onder allochtone buurtbewoners in Westerpark Amsterdam. Maar het is een project waar bewonerparticipatie beperkt blijft tot consumptie van een dienst. Het bleek dat bewoners er lang

²³ Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

niet altijd van overtuigd zijn dat iets een probleem is, wanneer professionals dat als zodanig presenteren. Soms ziet men ook geen kans een bijdrage te leveren, omdat men niet werd aangesproken op een concreet gezondheidsprobleem. Georganiseerde bewoners in de wijkopbouworganen en in de stadsdeelraad hebben wel gereageerd op initiatieven van het projectteam Westerpark, maar het team zet vraagtekens bij de mate waarin deze organisaties nog weerklank hebben bij de achterban. Bewonersparticipatie is al met al nauwelijks uit de verf gekomen. Het projectteam van het Westerparkproject concludeert dat de opstelling van het team te idealistisch is geweest. Maar men constateert ook dat het Gezonde Stad-denken nauwelijks handvatten oplevert om de bevolking te bereiken. Vooral is niet duidelijk geworden hoe de meest kansarmen bereikt kunnen worden en of gezondheidsthema's daarvoor wel een goede invalshoek vormen (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:54).

Bij het project Migranten en gezondheid in Amsterdam-Noord geldt een vergelijkbaar verhaal. Daar is weliswaar vanaf het begin geprobeerd de doelgroep bij het project te betrekken, maar dat is nauwelijks gelukt. Er is steeds overleg geweest met de zelforganisatie van Turken en Marokkanen, maar de onderzoekers hebben niet gepoogd de migrantenpopulaties zelf bij het project te betrekken. De zelforganisaties zijn opgevat als vertegenwoordigingen daarvan. Leden van de zelforganisaties zijn geïnterviewd tijdens de eerste ronde gesprekken en de organisaties hebben ook deelgenomen aan de werkconferenties. Het bleek echter niet mogelijk de zelforganisaties feitelijk te betrekken bij de verdere ontwikkeling van het project. Deze rol werd overgenomen door de instellingen, en vooral door de allochtone professionals die bij veel van de betrokken instellingen werkzaam zijn. In de spanning tussen enerzijds het streven naar effectiviteit en kwaliteit van de professionals en anderzijds het streven naar betrokkenheid van bewoners, heeft het eerste de overhand gehad (Ten Dam 1996).

Utrecht

In het voedingsproject *Beter eten? Zeker weten!* was het de bedoeling om vier tactieken te gebruiken om participatie vorm te geven: signaleren, oppakken, teruggeven en ondersteunen. Aan signaleren is vormgegeven door een veldverkenning in acht groeps gesprekken en via bijdragen vanuit de wijkprojectgroep. In het verdere verloop van het project zijn bewoners echter in beperkte mate betrokken geweest bij keuze, voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de activiteiten. Aan de andere drie tactieken is men niet meer toegekomen. Uiteindelijk zijn wijkbewoners alleen als consument in enige mate betrokken geweest in de uitvoeringsfase van het project. Het thema van het project, de interventiewijk en naam van het project in Zuilen stonden al vooraf vast. Omdat bewoners niet betrokken waren bij de voorbereiding van het project — dit is door de drie samenwerkende instellingen op grond van onderzoeksgegevens als het ware vooraf 'binnenskamers' gedaan — was ook betrokkenheid in de uitvoeringsfase moeilijk te realiseren. Geconcludeerd wordt dat ondanks de intensieve en tijdrovende aanpak vooral die mensen zijn bereikt die toch al belangstelling hadden voor het onderwerp van het project: voeding. De mensen die het, gezien vanuit een gezondheidskundig oogpunt, het hardste nodig hadden bleven moeilijk bereikbaar. Wel stelt men dat er mensen met voorlichting over voeding in aanraking zijn gekomen die met een klassieke benadering via de massamedia niet bereikt zouden zijn (De Jong 1994a:39).

Een andere conclusie die betrekking heeft op participatie is dat een werkplek voor de medewerkers in de wijk zelf node werd gemist. Een dergelijke plek maakt het project zichtbaar en kan fungeren als een plek waar 'aanloop' kan zijn van zowel bewoners en van professionals. Ook lijkt het verstandig aan projectmedewerkers niet alleen inhoudelijke eisen te stellen, maar ook eisen wat betreft woonplaats, werkervaring en communicatieve vaardigheden (Van de Vegte 1995; De Jong 1994a).

Den Haag

In de beginfase van het project Scheveningen heeft overleg plaats gevonden met vertegenwoordigers van bewonersorganisaties, gebundeld in de Gezamenlijke Scheveningse Bewonersorganisaties. Vervolgens is een jaar besteed aan het opstellen van een gezondheidsprofiel en aan het ontwikkelen van een visie op gezondheid. De bedoeling was deze visie in discussie te brengen en te concretiseren in projecten. Gezien de participatieve filosofie was de presentatie van een blauwdruk niet gewenst. De bedoeling was bewoners in alle fasen, dus bij planning, uitvoering en evaluatie te betrekken en het project aan te haken bij activiteiten die al in de wijk plaats vinden. Het project zou zich dan aan moeten passen bij de fase waarin de betreffende activiteit op dat moment is. In de Kerngroep die verantwoordelijk was voor het project zijn tot het einde toe twee tegengestelde visies blijven bestaan. In de eerste visie past een *'uitgebreide, zorgvuldige en deskundige probleemanalyse alvorens tot actie en herstructurering wordt overgegaan'*. De tweede visie gaat uit van *'vernieuwing in een wisselwerking tussen probleemdefinities, acties en de verandering van structurele voorwaarden'*. (Nijhuis 1994:185) De eerste visie zet bewoners als het ware aan de zijlijn tot onderzoek en professionele denkontwikkeling ver genoeg gevorderd zijn en er actievoorstellen liggen. De tweede visie betreft bewoners van meet af aan. De tegenstelling tussen beide visies lijkt in het project Scheveningen tot een patstelling geleid te hebben: van de eerste visie is de uitgebreide probleemanalyse overgenomen en de tweede visie heeft een fixatie op initiatieven uit de bevolking opgeleverd. Hierdoor zijn er maar weinig activiteiten van de grond gekomen. Bewoners konden weinig aanvangen met de onderzoeksresultaten.

Participatie: balans

Wat betreft het niveau van participatie komen alle projecten op één uitzondering na niet verder dan het niveau van consultatie. Afgezien van de twee onderste sporten van de ladder (manipulatie en therapie) gaat het dus vrijwel steeds om twee niveaus van participatie. In het ene geval worden mensen geïnformeerd over het betreffende project of beleid, in het andere geval bestaat er daarnaast ook nog de mogelijkheid voor betrokkenen om zich te laten horen. Werkelijke participatie door de bevolking (de drie hoogste sporten) lukt maar in een enkel geval. Het succesvoorbeeld is Punt 50 in Rotterdam. Hierin spelen vrouwen een prominente rol en is er sprake van gedelegeerde macht. In Punt 50 hebben de vrijwilligsters een doorslaggevende invloed in alle fasen van het project, maar meestal vindt participatie enkel in de laatste projectfase plaats: de consumptie van een nieuwe voorziening of dienst. Soms wordt een project hierop geëvalueerd: het gezondheidsinformatiepunt van het project Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken bleek in een behoefte te voorzien omdat er

door de doelgroep gebruik van werd gemaakt. In de meer passieve rol van doelgroep is de gerichtheid op migranten bij veel projecten opvallend. De inzet van getrainde allochtone vrijwilligsters of freelance krachten komt vaak voor en migranten participeren in dat geval actiever dan enkel als doelgroep. Ook hier gaat het bijna steeds om vrouwen.

Samenwerking met bewonersorganisaties is een veel gebruikt middel om bewoners te betrekken bij lokaal gezondheidsbeleid. De vraag hierbij is echter steeds in hoeverre de bewonersorganisatie geworteld is in de wijk. Ook kan de vraag gesteld worden in hoeverre de meest kansarmen bereikt worden.

Wanneer bewoners of bewonersorganisaties niet vanaf het begin bij de opzet en uitvoering van een project worden betrokken, blijkt dit ook later niet meer te lukken. Er is steeds een spanning tussen aan de ene kant vertrouwen wekken door als professionals zaken aan te pakken die mensen als belangrijk ervaren, en aan de andere kant terughoudendheid, om te voorkomen dat professionals mensen de initiatieven uit handen nemen. De feitelijke situering van een project in de wijk zelf en de stationering van medewerkers aldaar, wordt als voorwaarde genoemd voor betrokkenheid van een wijk.

Al met al moet gezegd worden dat 'bevolkingsparticipatie' bij lokaal gezondheidsbeleid meer fungeert als een streven — anders gezegd, als een ideologie — dan als een uitgangspunt dat ook daadwerkelijk in de praktijk van de projecten terug is te vinden. Dat is des te opmerkelijker omdat participatie, als vergeleken wordt met de praktijk van hygiënist in de vorige eeuw, naar voren wordt geschoven als een wezenlijk nieuw element van de nieuwe volksgezondheid.

6.4.6 Gezondheidsbevordering

De vraag is hier steeds wat men wil meten om de resultaten van lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen en wat hiervan vervolgens de uitkomsten zijn. Gaat het om toename van gezondheid of om verandering in de determinanten van gezondheid? Kan het succes van een project ook afgemeten worden aan de uitgevoerde activiteiten? Is de kwaliteit van het proces een factor?

Rotterdam

Bij de vraag hoe Gezonde Stad Rotterdam geëvalueerd kan worden maakt men onderscheid tussen het project als geheel en de deelprojecten in de wijken. Het resultaat van het project als geheel beschouwt men niet als meetbaar, omdat het eerder om een proces dan om een afgebakend project met harde doelstellingen gaat. De doelen van het Gezonde Stad project zijn breed en op lange termijn. Maar die doelen worden naar de wijken vertaald en zo concreet mogelijk gehouden. De deelprojecten in de wijken worden wel zoveel mogelijk geëvalueerd op resultaten (Van den Bogaard 1992:75). De directie van de GGD Rotterdam steunt het Gezonde Steden project, en wil niet 'afglijden' naar welzijnswerk: de resultaten van het werk moeten steeds meetbaar blijven. Dat betekent dat er blijvend in onderzoekscapaciteit

geïnvesteed moet worden. Belangrijk is daarbij om de doelen vooraf zo concreet en haalbaar mogelijk te formuleren. Het REBUS project blijft een constante bron van gegevens. Maar daarmee zijn geen uitspraken te doen over het slagen van een bepaald project of het effect ervan. Er zijn in een bepaalde buurt teveel factoren werkzaam die van invloed zijn op gezondheid. De rol van een project is daaruit niet, of zeer moeilijk te isoleren:

*'Het leuke is dat de gemiddelde gezondheid in Feijenoord inderdaad vooruit gegaan is... Maar je kunt absoluut niet zeggen dat dit door Gezonde Stad komt. Misschien is er een verschuiving in verhuispatronen geweest of is er een andere factor opgetreden die voor dat effect verantwoordelijk is.'*²⁴

Men stelt dat harde gegevens in termen van gezondheidsverbetering op korte termijn niet kunnen worden gegeven. Het verkleinen van gezondheidsverschillen is een doel dat te breed en te pretentius is (Lipman 1993). Als het buurtgericht werken echter structureel aanwezig blijft in de stadsdelen, kan onderzoek naar de effecten over enige jaren relevant zijn (Van den Bogaard et al. 1994:197). Dat zou kunnen gebeuren door een beschrijving te maken van de Ausgangssituatie en vervolgens te beschrijven wat er daarna tot stand is gekomen. Een voorwaarde is dat de doelen concreet en haalbaar geformuleerd zijn. Dit gebeurt bij de afzonderlijke projecten. In het voortgangsverslag van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in Crooswijk wordt bijvoorbeeld met cijfers aangegeven hoeveel en door wie deze dienst gebruikt wordt. De campagne Kinderveiligheid in Feijenoord is geëvalueerd op de kwaliteit van de feitelijk uitgevoerde activiteiten en op het aantal mensen dat is bereikt (De Hoop 1993:44ev).

Bij Punt 50 kan aangegeven worden hoeveel mensen er met vragen komen (110 vragen van maart 1992 tot juni 1993), hoeveel leden de speel-o-theek heeft (150), hoeveel mensen bij de themabijeenkomsten worden bereikt (minimaal 180; bij een project over voeding op zichzelf 120), hoeveel klus- en computercursussen zijn georganiseerd (5) en hoeveel vrouwen bij het project opvoedingsondersteuning zijn bereikt (60 vrouwen van verschillende etnische achtergrond). Maar ondanks de cijfers blijft betekenis die het project inclusief de voorgeschiedenis heeft voor de ontwikkeling van de groep vrouwen onzichtbaar en Fortuin bepleit naast de aandacht voor deze cijfers ook aandacht voor het proces:

'Het project bestaat dankzij een langdurige investering in 'ontwikkeling van bewoners'. Dat ontwikkelingsproces blijft echter in een produktgerichte manier van kijken onzichtbaar. Politici bijvoorbeeld worden voor vier jaar gekozen. Als ze vooruitgang willen beoordelen, dan moet die binnen die vier jaar zichtbaar worden. Een project dat pas op een termijn van acht jaar een zichtbaar produkt oplevert, levert dus voor hen op het oog geen resultaat op. Beleidsmatig lijkt zo'n project niets op te leveren. De tijdshorizon leidt ertoe dat er vier jaar 'niets' opgeleverd wordt, vervolgens wordt

²⁴ Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

er weer vier jaar lang 'niets' opgeleverd, en dan zijn er ineens twintig vrijwilligsters die besluiten een project te starten. We missen in een eenzijdig produktgerichte benadering een deel van de opbrengst van maatschappelijke activiteiten, die we met aandacht voor 'het proces' wel waarneembaar zouden kunnen maken.' (Fortuin 1994b:133-134)

De ervaring leert dat te hoog gegrepen doelen frustrerend werken voor de samenwerking in de wijk. Men stelt zich voorzichtige doelen. Bijvoorbeeld op het niveau van output-prestatie:

*'We hebben in het Oude Westen migrantenvoorlichting opgezet voor Marokkaanse vrouwen, een heel lastig te bereiken groep. Daarin is al veel geïnvesteerd om een soort netwerk van de grond te krijgen. Dat ging moeizaam, maar op een gegeven moment was het toch zover dat bij een aantal bijeenkomsten de ene keer vier, de andere keer vijf vrouwen bereikt werden. Daar zijn we dan heel tevreden mee. Het is een bescheiden doel, maar het is een start. Het heeft gewoon zijn tijd nodig.'*²⁵

Het project Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken is gelieerd aan het project Gezonde Stad Rotterdam en heeft naast een 'gezondheidsopbouwwerker' een eigen onderzoekster in dienst. Zij doet de kwalitatieve en kwantitatieve analyse van het project. Het project is onderzocht op de feitelijk gerealiseerde activiteiten en op het oordeel van de deelnemers daarover, maar niet op bevordering van gezondheid. Wel zijn de intermediaire doelen geëvalueerd: een integrale visie op gezondheid, intersectoraal werken, participatie van bewoners, wijkgericht werken en het gebruik van methoden uit het opbouwwerk. Uit onderzoek blijkt dat de deelnemers de inhoud en de vorm van de voorlichting waarderen en uitspraken doen die wijzen op kennisvermeerdering, een veranderde houding en toegenomen vaardigheden (Sweep 1994b:12). Ook kan gekeken worden naar de vraag die er naar bepaalde diensten is. Gepkens en Gunning-Schepers constateren dat de bevindingen van het project migrantenvoorlichting, waarbij migrantenvrouwen werden opgeleid tot gezondheidsvoorlichtsters om voorlichting te gaan geven aan migranten, tot nu toe positief zijn. De vraag naar de voorlichtsters is erg groot (Gepkens en Gunning-Schepers 1993:7).

In Rotterdam wordt ook op een andere manier naar resultaten van lokaal gezondheidsbeleid gekeken. Zo zijn in alle projectwijken netwerken rondom gezondheid ontstaan die problemen en behoeften in een vroeg stadium signaleren. Deze netwerken initiëren gezondheidsbevorderende activiteiten in de betreffende buurt en nemen verantwoordelijkheid voor de praktische uitwerking ervan. Er is zodoende bij andere werksoorten structurele beleidsaandacht verworven voor gezondheid. In enkele wijken zijn bewoners — ondersteund door een beroepskracht — betrokken geraakt bij het gezondheidsinformatiepunt in hun wijk en bij activiteiten daaromheen. Daardoor zijn zelfvertrouwen en mondigheid gegroeid en zijn hun sociale contacten uitgebreid (Van den Bogaard et al. 1994:196). Fortuin noemt Punt 50, waarin onder andere

²⁵ Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

het Gezondheidsinformatiepunt is gevestigd, een symboolfunctie voor de wijk. Het laat zien dat de bestaande situatie veranderbaar is. Het is een ontmoetingsplek en een broedplaats voor talent. Het is een plaats waar mensen zich als vrijwilligers inzetten voor de toekomst van hun wijk (Fortuin 1993a:41).

Amsterdam

Uiteindelijk gaat het ook in Amsterdam om het terugdringen van gezondheidsverschillen. Maar een project dat één of enkele jaren loopt is te kort om dit te kunnen meten. Bovendien zijn de causale relaties zo ingewikkeld dat, zo er al een verandering geconstateerd kan worden, deze niet op een bepaalde interventie is terug te voeren. Reductie van sterfte of verminderde ziekenhuisopnamen worden daarom als weinig zinvolle doelen bij een lokaal gezondheidsproject gezien. In plaats daarvan wordt in Amsterdam gewerkt met twee zogenaamde procescriteria: *kwaliteit van leven* en *implementatie van gezondheidsbeleid*. Bij de kwaliteit van leven wordt gekeken naar de wijze waarop men bij een gegeven situatie in staat is tot een aanvaardbare manier van wonen, werken en leven. Hierbij zijn zaken als het vermijden van objectiveerbare gezondheidsrisico's even belangrijke doelstellingen als de subjectieve beleving van tevredenheid bij de betrokkenen. Aandachtspunten zijn risicogroepen (bijvoorbeeld groepen met een cumulatie van gezondheidsproblemen), psycho-sociale categorieën (bijvoorbeeld sociaal isolement, gebrekkige perspectieven of een gezondheidsbedreigende leefwijze) of materiële facetten (zoals te weinig speelruimte voor kinderen, onvoldoende benutten van zorgvoorzieningen of onvoldoende woonkwaliteit). Het gaat om determinanten die op lokaal niveau beïnvloedbaar zijn. Bij het tweede criterium — de implementatie van gezondheidsbeleid — gaat het om de vraag of er voldoende aanzetten zijn gegeven voor gunstige condities bij bewoners en instellingen met het oog op de continuering van het bestaande gezondheidsbeleid of de ontwikkeling van nieuw beleid. Het gaat hierbij om de vraag hoe de resultaten van interventies geïntegreerd zijn binnen bestaande instellingen en hoe gezondheidsproblemen ook op langere termijn zullen worden aangepakt (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:15). In Figuur 3 is deze lijn van het project *Gezondheid in de stadsdelen* weergegeven. Verbetering van de kwaliteit van leven en de implementatie van gezondheidsbeleid fungeren daarin als voorlopige doelen. Verkleining van gezondheidsverschillen blijft einddoel. Veel van de activiteiten in Westerpark hebben op de een of de andere manier bijgedragen aan een verbetering van de kwaliteit van leven. Deze conclusie wordt in de rapportage overigens niet gekwantificeerd. Het ging om onderwerpen die van belang zijn voor de kwaliteit van leven, zoals tandzorg, opvoeding, zelfstandig wonen, zwangerschap en CARA. De groepen die bereikt zijn, zoals allochtonen, ouderen, opvoeders en CARA-patiënten, zijn echter bescheiden wat de aantallen betreft. Het gaat steeds om niet meer dan 'enige tientallen'. Ook zijn veel initiatieven al eerder door anderen gestart en draaien ze niet persé rond gezondheid. Duidelijk is wel dat er veel ervaring is opgedaan in de ontwikkeling van modellen waarop lokaal gezondheidsbeleid gestalte kan krijgen (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:55ev). Op het gebied van leefbaarheid is in Westerpark verbetering opgetreden, maar men verwacht dat een aantal van de verbeteringen ook zonder een project Gezond Westerpark plaats hadden gevonden (Thomas 1994:35).

Een voorbeeld van meting op resultaatniveau is te zien in het Ouderenproject in Westerpark. Door de ouderenbezoeken kunnen problemen van ouderen tijdig gesignaleerd worden en kan voorkómen worden dat ouderen in een sociaal isolement raken of te snel zware en dure hulp nodig hebben. Op dit punt is wellicht vooruitgang vast te stellen, maar het is niet goed mogelijk dat met bijvoorbeeld opnamemcijfers te meten. Dat zou pas zinvol zijn wanneer er een controlegroep in een andere buurt zou lopen. Maar dan zouden alle factoren die buiten de eigenlijke interventie van invloed zijn constant gehouden moeten worden. Om te beginnen zou iedereen de boodschap moeten krijgen: "U moet de komende tien jaar blijven zitten waar U zit, U mag niet verhuizen". Zo zouden er nog een flink aantal factoren on-

veranderd moeten blijven en dat is niet mogelijk. De verwachting is dat enkel helderheid is te krijgen over het aantal ouderen dat bezocht is en het aantal hulpvragen dat beantwoord is. Daarover is op termijn rapportage mogelijk.

PROBLEEM

Grote sociaal-economische gezondheidsverschillen
 - Vergelijkende BuurtOnderzoeken I en II
 - Slechte gezondheid van Westerparkbewoners (gezondheidsenq

Figuur 3 Gedachtengang van het project Gezondheid in de stadsdelen (bron: De Ceuninck et al. 1994:17)

*'Wanneer bijvoorbeeld geconstateerd wordt dat de groep ouderen tevreden is over het ouderenbezoek, en er een aantal hulpvragen via het ouderenbezoek door andere instellingen zijn opgepikt op een manier die leidt tot verhoging van kwaliteit van leven, dan zijn we tevreden. Dan kun je zeggen: we hebben in kwantitatieve zin een behoorlijke groep mensen bereikt en in kwalitatieve zin zijn een aantal stappen gezet, die je positief kunt beoordelen.'*²⁶

²⁶ Mondelinge mededeling C. de Ceuninck van Capelle, 11-6-93.

Uit onderzoek blijkt dat de problemen en de eenzaamheid die de ouderenbezoeksters tegenkomen soms schrijnend zijn. De bezoeken worden door ouderen inderdaad als goed beoordeeld. Meer dan 90% vindt de bezoeken zinvol en stelt een jaarlijks bezoek op prijs (Böckling 1993:29).

Het tandartsen-project is daarentegen geen groot succes wanneer gekeken wordt naar de kwantitatieve resultaten: 20 migranten die hun gebit hebben laten saneren. De tijd en energie die erin gestoken is, is daarmee niet in verhouding. Maar het project heeft wel een voorbeeld opgeleverd dat, wanneer aan enkele voorwaarden is voldaan, elders navolging kan vinden (De Ceuninck van Capelle et al. 1994:39).

Het project in Noord heeft, net als dat in Westerpark, als uiteindelijk doel het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen. De aandacht is gericht op groepen met een lage sociaal-economische status en daarbinnen vooral op migranten. Het einddoel is een betere gezondheid voor de bevolking in Noord, een gezondheid die minder zal afwijken van de gezondheid van de gemiddelde Nederlander (Initiatiefgroep 1994:9). Het Gezondheidsinformatiecentrum is het middel om dit te bereiken. Het centrum moet een laagdrempelige, voor buurtbewoners goed bereikbare 'winkelvoorziening' rond gezondheid worden, die tevens 'out-reaching' is om zoveel mogelijk groepen te bereiken (Initiatiefgroep 1994:14). Het accent van de activiteiten ligt op voorlichting en primaire preventie. Dit heeft betrekking op de determinanten leefwijze, leefomgeving en gezondheidszorg. Deze determinanten zijn op lokaal niveau in enige mate te beïnvloeden. Dat geldt niet voor de meer 'harde' elementen uit het determinantenmodel: opleiding, werk en inkomen. Deze zijn door het project niet te beïnvloeden en dus geen doelstelling (Initiatiefgroep 1994:12). Over de realisatie van de doelstellingen valt nog geen conclusie te trekken, omdat het centrum op moment van schrijven nog niet van start is gegaan.

Utrecht

Het algemene doel van *Beter eten? Zeker weten!* is een verbetering van het voedingsgedrag van de bewoners van de wijk Zuilen in Utrecht. Deze doelstelling ligt dus qua type gegevens op dat van 'determinanten van gezondheid', niet op gezondheid zelf. De doelstelling is uitgesplitst in vijf werkdoelen op een lager niveau, kennis van gezondheidsdeterminanten:

- * het vergroten van kennis van gezonde voeding;
- * het bereiken van een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding;
- * ervoor zorgen dat gezonde voeding een aandachts- en gesprekspunt wordt bij de inwoners van Zuilen;
- * het vergroten van het bewustzijn dat men zelf iets aan het eigen voedingsgedrag kan veranderen;
- * het vergroten van de praktische vaardigheden met betrekking tot gezonde voeding.

Uitgangspunt is dat veranderingen in deze determinanten op langere termijn een verbetering van het voedingsgedrag zouden bewerkstelligen. In de loop van het project bleek echter uit gesprekken met werkers in de wijk dat gezonde voeding geen of een slecht imago had. Gezonde voeding werd door wijkbewoners gezien als duur, moeilijk, saai en niet lekker.

De bovenstaande doelen werden daarom alleen gesteld bij specifieke groepen of individuen in de wijk die zelf al bezig waren met voeding. Voor de bewoners van Zuilen als totaal werd enkel geprobeerd aandacht op gezonde voeding te vestigen of hiervoor interesse op te wekken (De Jong 1994a:6).

Om de resultaten van het project vast te stellen worden het voedingsgedrag en determinanten van dat gedrag als houding, kennis en cultuur onderzocht. Voor dit effectonderzoek is door de Landbouwwuniversiteit Wageningen een voor- en nameting verricht in Zuilen zelf en in Hoograven-Lunetten als controlewijk. Er is gewerkt met steekproeven van resp. 1200 en 600 personen. Zuilen heeft ongeveer 15.000 inwoners van 18 jaar en ouder. De respons in de voormeting was in totaal over onderzoeks- en controlewijk 445 en in de nameting 179 personen. Het ging bij de nameting om dezelfde groep als bij de voormeting.²⁷ Gemeten is de zelf gerapporteerde vet-inname als percentage van de dagelijkse voeding. Zowel bij de onderzoeksgroep als de controlegroep werd er geen significant verschil gemeten. De cijfers kwamen overeen met het landelijk gemiddelde. Ook de attitude ten opzichte van vet eten verschilde niet significant. Wel verschilden zowel de onderzoeks- als de controlewijk in de voor- en nameting op het punt van intentie om minder vet te eten. In de onderzoekswijk Zuilen was deze verandering significant groter dan in de controlewijk. De conclusie is dat het project weinig meetbare effecten heeft gehad op het voedingsgedrag en op de determinanten van dat gedrag bij de wijkbewoners van Zuilen (De Jong 1994a:39). Opgemerkt wordt dat in de loop van het project de wijkbewoners van Zuilen als totale groep een minder grote rol als doelgroep zijn gaan spelen. Zuilen bleek veel minder dan aangenomen een sociale gemeenschap te zijn waarop een community-benadering van toepassing zou kunnen zijn. In de evaluatie van het project wordt dan ook geconcludeerd dat een voor- en nameting op het niveau van de wijk als geheel niet erg geschikt is voor het evalueren van een wijkgericht project als dit (De Jong 1994a:33). Gepleit wordt voor het evalueren van deelactiviteiten en voor het gebruik van kwalitatieve methoden (De Jong en Stafleu 1995:461).

Verder zijn er gesprekken met 17 sleutelinformanten gevoerd over de mogelijke invloed van het project (Van de Ven 1994) en is er een telefonische enquête gehouden om de bekendheid met het project te meten. Dit laatste is gebeurd in drie ronden in 1991, 1992 en 1993 onder resp. 504, 416 en 391 personen die aselekt uit het telefoonboek zijn getrokken. Ongeveer 35% van de respondenten zei in elk van de drie jaar de naam van het project te kennen. In 1991 wist 13% ook werkelijk wat het project inhield. Voor 1992 en 1993 was dit 11%. Het aantal mensen dat daadwerkelijk aan een activiteit van het project heeft deelgenomen steeg van 3% in 1991 naar 13% in 1992 en 16% in 1993 (De Jong en Stafleu 1995:459).

Naast het inhoudelijke doel 'gezondheidsbevordering' heeft het project een methodisch

²⁷ Wat betreft opleiding zijn er grote verschillen tussen de onderzoeks- en controlewijk. Zo heeft 20% van de respondenten uit Zuilen alleen lager onderwijs. Bij de respondenten uit de controlewijk is dit 5%. Het percentage HBO/WO ligt in de onderzoekswijk op 18% en in de controlewijk op 46% (De Jong 1994a, Bijlage 1, Tabel 1). In De Jong en Stafleu (1995) worden overigens voor HBO/WO de percentages 17 en 28% genoemd. Aangezien algemeen wordt aangenomen dat leefwijzen sterk samenhangen met het genoten opleidingsniveau, mag aangenomen worden dat deze verschillen in opleiding van invloed zijn op de onderzoeksresultaten. De vetinneming tussen groepen van verschillende sociaal-economische status in Zuilen bleek uiteindelijk niet te verschillen.

doel: het toepassen van een wijkgerichte benadering van gezondheidsbevordering en het verder ontwikkelen hiervan tot een bruikbare methode voor gezondheidsbevordering in het algemeen. Hiertoe is in 1993 op basis van 15 gesprekken met leden van de werkgroep Voeding, met de projectcoördinator, de leden van de wijkprojectgroep en de projectmedewerksters een kwalitatieve evaluatie van het proces gemaakt (Van de Vegte 1995; De Jong 1994a). De resultaten hiervan komen in de andere paragrafen van dit hoofdstuk aan de orde.

Den Haag

Het project Gezond Scheveningen beoogt diensten, maatregelen en veranderingen te creëren die de gezondheid van de Scheveningers bevorderen (Nijhuis 1994a:181) Daarvan afgeleide subdoelen zijn het tot stand brengen van netwerken van deskundigen, instellingen en gemeenschappen van bewoners en het versterken van de positie van bewoners in het stadsdeel. Daarnaast wil men beschikbare informatie-technologieën benutten, een voorbeeldproject voor andere stadsdelen ontwikkelen en wil men het werk van de GDD op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie verbeteren.

De projecten Scheveningen en Centrum hebben voor de buitenwacht onvoldoende zichtbare resultaten opgeleverd. Er is na 3 jaar nog geen effect op het terrein van ziektereductie en er is nog geen operationeel deelproject in uitvoering genomen. Uitzondering is gezondheidsvoorlichting en -opvoeding op het gebied van opvoedingsondersteuning (Nijhuis 1994a:209). De projectmedewerkster kenschetst echter de verwachtingen als te hoog:

*'Het is te theoretisch. Het betrekken van bewonersorganisaties en instellingen en de verankering daarvan in het project is een kwestie van lange adem. Een dergelijk project heeft een lange aanlooptijd en het is niet te verwachten dat er in de looptijd van 2 jaar een output op verbeterde gezondheid is.'*²⁸

Gezondheidsbevordering: balans

Er is in de vier steden een fascinerende veelheid aan activiteiten, projecten en experimenten van de grond gekomen. Maar effecten in termen van gezondheidsbevordering worden slechts in een enkel geval, zoals in Zuilen, aan onderzoek onderworpen.²⁹ Er worden vooral beschrijvingen gegeven van de activiteiten, en er worden afgeleide effecten vastgesteld zoals de uitvoering van activiteiten in een wijk, toegenomen bewustwording van het belang van gezondheid, informatie-overdracht, geleerde vaardigheden, verbeterde samenwerking, extra aandacht voor bepaalde doelgroepen of het ontstaan van netwerken in wijken. Meestal gaat het om indrukken en niet om kwantitatieve gegevens. Sweep (1994) geeft bijvoorbeeld een uitgebreide beschrijving van het driejarige project Migranten en Gezondheid in Bospolder-Tussendijken in Rotterdam, maar geen kwantitatieve effectmeting. Vanwege de overdraagbaarheid van het experimentele project is hier gekozen voor een proces-evaluatie. Daarbij worden

²⁸ Mondelinge mededeling M. Paape 28-6-93.

²⁹ Zie hiervoor ook de evaluatie van interventies ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen (Gepkens en Gunning-Schepers 1993).

de intermediaire doelen geëvalueerd: een integrale visie op gezondheid, intersectoraal werken, participatie van bewoners, wijkgericht werken en het gebruik van methoden uit het opbouw-werk.

Een bijzonder effect van lokaal gezondheidsbeleid wordt gemeld in Punt 50. Een relatief groot aantal vrijwilligsters (zonder baan, met uitkering) is na verloop van tijd bezig gegaan in de richting van de arbeidsmarkt. Het zijn verschuivingen die in verband gebracht worden met het werk als vrijwilligster in Punt 50. De effecten van lokale gezondheidsbeleid hebben hier te maken met persoonlijke ontwikkeling van de participanten en een bevrijding uit een sociaal isolement. Een project als Punt 50 geeft de mogelijkheid om in de wijk 'bewonerscarrières' te doorlopen. Wat betreft het meetniveau is dit een voorbeeld van meting op het derde niveau: resultaatmeting.

Over het algemeen worden er output-prestaties gemeten. Er wordt verslag gedaan over de gerealiseerde activiteiten en over de deelnemers die bereikt zijn. In enkele gevallen wordt gemeten op resultaatniveau (Bospolder-Tussendijken; Feijenoord; Westerpark). Er is overeenstemming over de onhaalbaarheid van effectmeting op korte termijn en over de wenselijkheid ervan op langere termijn. Met uitzondering van het REBUS-project als continue monitor van gezondheid in de Rotterdamse wijken en het voedingsproject in Zuilen, waar gepoogd is effecten van het project op wijkniveau te meten, worden geen van de projecten geëvalueerd op de maatschappelijke effecten van het beleid.

Een feitelijke toename van gezondheid wordt nergens geconstateerd. Er zijn geen onderzoeken bekend waarin de lokale aanpak van gezondheid in steden aantoonbaar geleid heeft tot een waarneembare verkleining van de achterstand in gezondheid van de groep met de slechtste gezondheidssituatie. Bij de nameting van het voedingsproject in Zuilen kan geen significant verschil in vet-innemering geconstateerd worden. In de achterstandswijk Feijenoord wordt een verbetering in de subjectieve beleving van gezondheid geconstateerd, maar de oorzaak daarvan kan niet vastgesteld worden.

Over het algemeen wordt een beoordeling van het effect van gezondheidsprojecten in termen van feitelijke verbetering van gezondheid – het niveau van effectmeting – voorlopig als niet haalbaar beschouwd. De redenen hiervoor kunnen zijn:

- * De effecten zijn niet op termijn van enkele jaren meetbaar, maar zijn pas op veel langere termijn vast te stellen.
- * Het onderzoek naar oorzakelijke verbanden tussen gezondheid en determinanten van gezondheid is nog niet in een stadium beland dat het effect van afzonderlijke factoren op gezondheid bekend is. Vooral bij factoren uit de sociale en fysieke omgeving is nog veel onduidelijk. Het gaat om bijzonder complexe relaties. In de evaluatie van het Westerparkproject in Amsterdam verzucht men dat het in tijden van cholera een stuk makkelijker was om vast te stellen welke interventie het meeste effect sorteerde.
- * Enkele factoren hebben een specifieke invloed op achterstandsgroepen, maar hebben een brede maatschappelijke achtergrond en zijn niet op het niveau van de stadsbuurt te beïnvloeden. Te denken valt aan ontwikkelingen rond werkgelegenheid, de koopkracht, individualisering en criminaliteit.

In plaats van feitelijke gezondheidswinst wordt in Amsterdam gewerkt met twee zogenaamde

procescriteria: 'kwaliteit van leven' en 'implementatie van gezondheidsbeleid'. Bij de kwaliteit van leven wordt gekeken naar de wijze waarop men bij een gegeven situatie in staat is tot een aanvaardbare manier van wonen, werken en leven. Bij de implementatie van gezondheidsbeleid gaat het om de vraag of er voldoende aanzetten zijn gegeven voor gunstige condities bij bewoners en instellingen met het oog op de continuering van het bestaande gezondheidsbeleid of de ontwikkeling van nieuw beleid. De uitkomsten van projecten kunnen ook gewaardeerd worden als experimenten voor lokaal gezondheidsbeleid in de toekomst. Bij het Tandartsenproject in Westerpark, bij het project Migranten en Gezondheid in Amsterdam-Noord en bij het project in Zuilen is het experimenteren met de lokale aanpak van gezondheidsproblemen een criterium waarop het succes afgerekend wordt.

Omdat de wijk Zuilen in Utrecht veel minder dan verwacht was een sociale gemeenschap bleek te zijn, waarop een community-benadering van toepassing zou kunnen zijn, wordt in de evaluatie van het project geconcludeerd dat een voor- en nameting op het niveau van de wijk als geheel niet erg geschikt is voor het evalueren van een wijkgericht project als dit. Gepleit wordt voor het evalueren van deelactiviteiten en voor het gebruik van kwalitatieve methoden. Men lijkt een stap terug te willen doen: resultaatmeting in plaats van effectmeting.

Wat betreft het type gegevens wordt, met uitzondering van Feijenoord waar subjectieve beleving van gezondheid is gemeten, als het hoogste niveau enkele malen het niveau 'determinanten van gezondheid' aangetroffen. Gemeten wordt het gebruik van een nieuwe voorziening (Crooswijk, het Tandzorgproject in Westerpark) of een verandering in leefwijze (Zuilen). Een enkele maal wordt geëvalueerd op 'betrokkenheid bij het beleid' (Feijenoord) of op 'kennis determinanten van gezondheid' (Bospolder-Tussendijken, Zuilen). Maar de meeste projecten meten op de niveaus 'bekendheid met het beleid', 'beleidsvoorwaarden' of 'beleidsproces'. Dit zijn echter niveaus die een te onduidelijk en indirect verband hebben met gezondheidswinst.

Voor wat betreft het type onderzoek dat gehanteerd wordt, neemt Rotterdam een bijzondere plaats in omdat deze stad als enige een systeem heeft waarin gezondheid en gezondheidsdeterminanten onderwerp zijn van een continue buurtgerichte monitoring. Een regelmatige enquête en de analyse van diverse gegevensbestanden maken hiervan deel uit. De analyse van bestaande gegevens, zoals de aantallen deelnemers aan een project is een veelgebruikte onderzoeksmethodiek (Crooswijk, Feijenoord, Bospolder-Tussendijken, Tandzorgproject Westerpark). Ook een enquête onder deelnemers (Bospolder-Tussendijken, Ouderenproject Westerpark) of onder de doelgroep als geheel (Zuilen) komt voor. Er wordt vaak gebruik gemaakt van onderzoek onder sleutelinformanten (Feijenoord, Bospolder-Tussendijken, Amsterdam-Noord, Zuilen). Fysiek onderzoek ter evaluatie van het effect van gezondheidsprojecten komt niet voor.

6.5 Stand van zaken

Wanneer voor de lokale gezondheidsprojecten in de steden Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag de balans opgemaakt wordt op het punt van de eigen bedoelde effecten — het gehanteerde territoriale kader, de intermediaire strategieën 'gegevens als basis', 'intersectorale samenwerking', 'politieke betrokkenheid' en 'bevolkingsparticipatie' en het uiteindelijke doel 'bevordering van gezondheid' — wordt het volgende duidelijk.

Alle onderzochte projecten werken met een territoriale aanpak. Er wordt steeds gekozen voor een kleinschalige aanpak op stadsdeel-of wijkniveau, maar de omvang hiervan loopt uiteen van 5000 tot 60.000 inwoners. Behalve bij de beide projecten in Den Haag en in eerste instantie bij het project in Zuilen, komt een benadering waarin de buurt als ongedifferentieerde geografische eenheid centraal staat niet voor. De lokale benadering wordt steeds gecombineerd met een gerichtheid op een specifieke groep. Bij Punt 50 in Rotterdam (de twintig vrouwen) en bij het project in Amsterdam-Noord (de migrantenorganisaties) richt het project zich niet alleen op een specifieke groep, maar ook op een bestaand netwerk. Op enkele uitzonderingen blijkt de minimale invulling inderdaad aan het adagium 'territoriaal kader' gegeven te worden: een territoriale benadering waarbij men zich niet ongedifferentieerd op een wijk of stadsdeel richt, maar minimaal op een specifieke groep of een bestaand netwerk.

Alle projecten in de vier grote steden zijn ontwikkeld op basis van onderzoek naar gezondheidsverschillen. In enkele gevallen spelen daarnaast initiatieven van bewoners een rol als aanleiding voor de totstandkoming van een project. De onderzoeksmethoden die het meeste voorkomen zijn: een herberekening van bestaande stedelijke gegevens naar het buurtniveau, een gezondheidsenquête, een behoeftepeiling en onderzoek onder sleutelinformanten. De Gezondheidspeiling Utrecht, waarop de keuze voor Zuilen als lokatie van het Voedingsproject is gebaseerd, is het enige voorbeeld van onderzoek waarvan een medische test deel heeft uitgemaakt. Onderzoek onder professionele en niet-professionele sleutelinformanten wordt veruit het meeste gehanteerd. Alle projecten gaan verder dan enkel onderzoek naar berichtgeving in de media, de laagste sport van het continuüm.

Wat de sectoren betreft waarmee samengewerkt wordt, gaat het in nagenoeg alle gevallen om samenwerking tussen delen van de gezondheidszorg en instellingen op sociaal gebied. Slechts in een enkel geval zijn er instellingen bij betrokken die zich bewegen op het vlak van de gebouwde omgeving of gaat het om instellingen die zich primair bewegen op het terrein van leefwijzen. In concreto blijkt het bijna steeds te gaan om samenwerking tussen een gemeentelijke gezondheidsdienst, een of meerdere andere instellingen uit de gezondheidszorg (zoals bijvoorbeeld de thuiszorg) en een of meerdere instellingen uit het welzijnswerk. Soms is samenwerking verregaand geïnstitutionaliseerd, soms gaat het niet veel verder dan informele samenwerking tussen werkers van verschillende disciplines. Desondanks is er in alle projecten (Den Haag uitgezonderd) sprake van concrete samenwerking op uitvoerend niveau waarbij ook het management van de instellingen betrokken is.

Het niveau van politieke betrokkenheid loopt in de elf onderzochte projecten uiteen. Weliswaar sluit in alle vier de steden lokaal gezondheidsbeleid aan bij breder beleid in een ge-

meente, maar de mate waarin dit gebeurt is verschillend. In Rotterdam beweegt de politieke betrokkenheid zich gelijktijdig op elk van de vijf beschreven niveaus. De politiek creëert het beleidskader, verleent opdrachten en subsidie, neemt deel aan activiteiten, verleent bestuurlijke dekking en wordt geïnformeerd. Ook in Amsterdam beweegt de politieke betrokkenheid zich op alle genoemde niveaus, maar hier is lokaal gezondheidsbeleid minder expliciet onderdeel gemaakt van het gemeentelijke beleid. In Den Haag zijn de projecten onderdeel van het gemeentelijk beleid Beter Gezond. Het Voedingsproject in Utrecht tenslotte is landelijk gesubsidieerd en hier is de politieke betrokkenheid diffuser.

Wat betreft het niveau van participatie komen alle projecten op één uitzondering na niet verder dan het niveau van consultatie. Afgezien van de twee onderste sporten van de ladder (manipulatie en therapie) gaat het dus vrijwel steeds om twee niveaus van participatie: informeren en consultatie. Werkelijke participatie door de bevolking (de drie hoogste sporten) lukt maar in één geval: Punt 50 in Rotterdam. Meestal vindt participatie enkel in de laatste projectfase plaats: de consumptie van een nieuwe voorziening of dienst. In het algemeen geldt dat wanneer bewoners of bewonersorganisaties niet vanaf het begin bij de opzet en uitvoering van een project worden betrokken, dit ook later niet meer blijkt te lukken. Op de beide continua van participatie, 'niveau' en 'fase', scoren lokale gezondheidsprojecten dus duidelijk te laag. De doelgroep wordt op een te laag niveau betrokken en dat gebeurt in een te late fase. Bevolkingsparticipatie bij lokaal gezondheidsbeleid is veeleer een streven dan een uitgangspunt dat ook daadwerkelijk in de praktijk van de projecten terug is te vinden.

Effecten in termen van gezondheidsbevordering worden slechts in een enkel geval aan onderzoek onderworpen. Over het algemeen worden er output-prestaties gemeten. Er wordt verslag gedaan van de gerealiseerde activiteiten en over de deelnemers die bereikt zijn. In enkele gevallen wordt gemeten op resultaatniveau. Er is bij de gezondheidsprojecten overeenstemming te beluisteren over de onhaalbaarheid van effectmeting op korte termijn en over de wenselijkheid ervan op langere termijn. Het voedingsproject in Zuilen, waar gepoogd is effecten van het project op wijkniveau te meten, en de projecten in Rotterdam (via het REBUS-project) worden geëvalueerd op de maatschappelijke effecten van het beleid. Maar een feitelijke toename van gezondheid wordt nergens geconstateerd. Er zijn geen onderzoeken bekend waarin de lokale aanpak van gezondheid in steden aantoonbaar geleid heeft tot een waarneembare verkleining van de achterstand in gezondheid van de groep met de slechtste gezondheidssituatie. Wat betreft het type gegevens wordt, met uitzondering van Feijenoord waar subjectieve beleving van gezondheid is gemeten, als het hoogste niveau enkele malen het niveau 'determinanten van gezondheid' aangetroffen. Wat betreft het type onderzoek dat gehanteerd wordt, neemt Rotterdam een bijzondere plaats in omdat deze stad als enige een systeem heeft waarin gezondheid en gezondheidsdeterminanten onderwerp zijn van een continue buurtgerichte monitoring. Een regelmatige enquête en de analyse van diverse gegevensbestanden maken hiervan deel uit. Over het algemeen zijn de analyse van bestaande gegevens, zoals de aantallen deelnemers aan een project, dan wel een enquête onder deelnemers of onder de doelgroep als geheel, veelgebruikte onderzoeksmethodieken. Daarnaast wordt er vaak gebruik gemaakt van onderzoek onder sleutelinformanten. Fysiek onderzoek ter evaluatie van het effect van gezondheidsprojecten komt niet voor.

6.6 Onbedoelde effecten

In de voorgaande paragrafen is gekeken in hoeverre lokale gezondheidsprojecten de eigen doelen konden realiseren. In deze paragraaf worden lokale gezondheidsprojecten vanuit een iets ander standpunt bekeken. Het gaat hier nu niet om de eigen doelen, de beoogde effecten, maar om een inschatting van de eventuele onbedoelde effecten van het beleid.

6.6.1 Medicalisering, disciplineren en emancipatie

Gezondheid wordt in de meeste projecten als een ruim begrip gezien. Vaak wordt de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie gehanteerd: gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. De projecten die in dit hoofdstuk besproken zijn presenteren dan ook een breed scala van activiteiten buiten het 'territorium' van gezondheid. Deze activiteiten vinden plaats naast activiteiten die een directere link hebben met gezondheid, zoals verbetering van de zorg, acties tegen gezondheidsbedreigende factoren en gezondheidsvoorlichting. Het spreekuur Gezondheidsinformatiepunt in Bospolder-Tussendijken in Rotterdam laat zien hoe dit feitelijk kan werken. De voorlichting bij het informatiepunt krijgt te maken met een breed scala aan vragen waarmee mensen komen. Slechts in 102 van de 275 gevallen was gezondheid de belangrijkste reden voor een bezoek aan het spreekuur. De overige vragen gingen over welzijn (99), wonen (57), scholing (6), werk (8) en onbekend (3) (Sweep 1994a:17).

Gezondheidsbevordering komt zo los van de medische benadering die in engere zin gericht is op het bestrijden van ziekte. Gezondheid kan gezien worden in de samenhang waarin het ontstaat. Als conceptueel model fungeert het determinantenmodel van Lalonde (1974). In dit model worden vijf groepen determinanten verantwoordelijk geacht voor de 'productie' van gezondheid: erfelijke factoren, leefwijzen, sociale omstandigheden, fysieke factoren en de gezondheidszorg. Hierdoor komt er aandacht voor preventie, en vooral ook voor bevordering van de gezondheid zelf. Project-activiteiten hoeven dus niet persé plaats te vinden onder de noemer gezondheid. Deze aanpak wordt vormgegeven in de lokale context van buurt of wijk. Door gezondheid breed te definiëren kunnen activiteiten aansluiten bij de wensen en de beleving van de buurtbewoners. Geïnteresseerde mensen worden vervolgens bereikt door gebruik te maken van lokale netwerken.

Het voorgaande is ook in andere termen te beschrijven. In de context van lokaal gezondheidsbeleid 'koloniseert' gezondheid terreinen die vanouds niet in termen van gezondheid gedefinieerd worden. De thematiek van bijvoorbeeld 'werk en werkloosheid' komt hier niet in beeld als politieke strijdpunten rond 'recht op werk', 'tekort aan banen' of 'ongelijke verdeling van arbeid en inkomen', maar als gezondheidsbevorderende dan wel gezondheidsbedreigende factoren. Dit sluit aan bij het begrip medicalisering van schrijvers als Freidson en Zola: steeds meer facetten van het menselijk leven komen onder invloed van de begrippen ziek en gezond. Die gebieden komen zo onder de norm gezondheid te vallen. Politieke kwes-

ties worden getransformeerd tot gezondheidsproblemen. Lokaal gezondheidsbeleid levert in deze beschouwingwijze een onbedoelde bijdrage aan het proces van medicalisering van de samenleving.

Er is sprake van een paradox. Het verzet tegen de 'artsenbenadering' van gezondheid dat overal in de gezondheidsprojecten te beluisteren valt, mondt uit in een niet-medische, sociale benadering van gezondheid. Maar juist door af te stappen van een smalle, medische benadering van gezondheid, komen meer en meer facetten van het menselijk bestaan onder invloed van de begrippen ziek en gezond. Verhelderend hiervoor zijn twee aspecten van begrip iatrogenese van Illich. Het gaat om klinische en om sociale iatrogenese. Met klinische iatrogenese worden ziekten bedoeld die niet zouden zijn opgetreden indien medische behandeling achterwege was gebleven. Bij sociale iatrogenese gaat het om de reductie van het eigen gezondheidsbevorderend vermogen van mensen door toenemende afhankelijkheid van het medische denken. Lokaal gezondheidsbeleid vermindert klinische iatrogenese door de rol van de gezondheidszorg te verkleinen ten gunste van de andere factoren die van invloed zijn op gezondheid. Maar tegelijkertijd neemt de sociale iatrogenese toe omdat belangrijke levenssferen uit het politieke debat worden gelicht en daarmee onttrokken worden aan de politieke controle van burgers.

In een enkel geval blijken betrokken bewoners hiervan daadwerkelijk last te ondervinden. Het gaat om het project Punt 50 in Feijenoord, Rotterdam. Grote gemeentelijke instellingen als een GGD hebben doorgaans een sterk publicitair apparaat. Zo ook de GGD van Rotterdam. Deze is in staat successen in de media voor het voetlicht te brengen. Dat heeft als onbedoeld effect dat succesvolle lokale initiatieven in de pers naar voren komen als activiteiten op gebied van gezondheid, omdat ze gekoppeld worden aan de gezondheidsdienst. In de ogen van betrokken wijkbewoners geeft dit een sterk vertekend beeld, omdat voor hen het project Punt 50 met heel andere zaken zoals opvoeding, informatie en gereedschapsuitleen te maken heeft. In Lipman (1993) wordt dit public relations-imperialisme van de GGD genoemd.

Overigens kunnen niet allen de initiatiefnemers van lokaal gezondheidsbeleid maar ook bewoners als 'bron' van medicalisering fungeren. Zo bleek op een bijeenkomst in het stadsdeel Westerpark (naar aanleiding van de gezondheidsenquête) dat men vond dat gezondheid in de buurt in de eerste plaats een verantwoordelijkheid is van de overheid. Verder werd gezondheid vooral vertaald in suggesties op het terrein van het milieu en van de gezondheidszorg. De eigen leefwijze en sociale componenten van gezondheid werden buiten beschouwing gelaten.³⁰

De samenwerking met instellingen buiten de sector gezondheid is een logisch vervolg op de brede definitie van gezondheid. Samenwerking is er de praktische invulling en de formalisering van. Het inzicht dat gezondheid slechts voor een klein deel het resultaat is van inspanningen van de gezondheidszorg impliceert logischerwijs een grotere rol voor sectoren die actief zijn op de overige determinanten uit het model. Deze ontwikkeling past

³⁰ Dit komt overeen met resultaten van een interventie-onderzoek in de wijk Berghuizen in Oldenzaal (De Boer 1995), waarin bewoners ook wezen naar de overheid als de aangewezen initiatiefnemer van concrete maatregelen op het gebied van gezondheid.

bij de basis van het civilisatieproces van Elias: de samenleving wordt gedifferentieerder en daarmee neemt de onderlinge afhankelijkheid van maatschappelijke sectoren toe. Op veel plaatsen zijn er vanuit dit uitgangspunt veelzijdige en succesvolle samenwerkingsverbanden ontstaan. Vaak toonden professionals van uiteenlopende instellingen zich enthousiast voor het thema gezondheid. Hiermee wordt de basis gelegd voor intersectoraal beleid, maar wordt ook het domein waarop de waarde gezondheid van toepassing wordt geacht ook in praktische zin vergroot. Deze 'binnenkomst' van het thema gezondheid wordt echter niet door iedere potentiële samenwerkingspartner gewaardeerd. Soms was er sprake van weerstand om bijvoorbeeld leefbaarheidsproblemen vanuit een gezondheidsdoelstelling aan te pakken. Medewerkers van het stadsdeel Westerpark in Amsterdam vonden bijvoorbeeld dat de doelstelling gezondheidsbevordering weinig toevoegde aan het bestaande doelstellingen van de sociale vernieuwing (Thomas 1994:35).

Het beoogde Gezondheidsinformatiecentrum in Amsterdam-Noord is uitdrukkelijk bedoeld als samenwerkingsverband en als een re-allocatie van bestaande voorzieningen, en niet als nieuwe instelling. Het centrum zal geen belangrijke rol spelen op het gebied van individuele somatische, psychische of maatschappelijke hulpverlening. De bestaande instellingen hebben hierop voldoende aanbod of dragen daarvoor een verantwoordelijkheid. Doordat er geen nieuwe (medische) voorziening zal ontstaan, maar een reallocatie van bestaande zorgvoorzieningen en maatschappelijke voorzieningen, hoopt men het aspect van medicalisering minimaal te houden (Ten Dam 1996).

Een bijzonder project is het Coördinatieproject Ouderenzorg in Amsterdam. Hierin worden systematisch en ongevraagd alle ouderen van 75 jaar en ouder in het stadsdeel Westerpark bezocht. De ouderen worden actief benaderd zonder te wachten op een hulpvraag. Ouderen die problemen hebben worden zonodig doorverwezen naar de hulpverlening en er wordt bijgehouden of de verwijzing feitelijk plaatsgevonden heeft en met welk resultaat. Ouderen die niet reageren op een introductiebrief of een telefoontje worden geregistreerd als non-respons en een jaar later opnieuw benaderd. Men wil daarbij uitdrukkelijk niet starten bij de optiek van de zorgverleners, maar neemt de situatie en de hulpbehoefte van de oudere zelf als uitgangspunt. Toch is het niet moeilijk hierin de disciplinerende macht van de geneeskunde te herkennen zoals Foucault die beschrijft. Er wordt toezicht gecreëerd, er is controle en mensen worden door onderzoek vergelijkbaar gemaakt in beschrijvingen en getallen. Natuurlijk is de andere kant van het verhaal dat zonder dit beleid een grote groep ouderen die daadwerkelijk hulp behoeven niet zou worden bereikt.

Medicalisering is in termen van Zola te beschrijven als ten onrechte de schijn ophouden dat de termen 'ziek' en 'gezonder' objectieve categorieën zijn. Een medicus velt evenzogoed een moreel oordeel wanneer deze iets als ziek bestempelt, als een rechter die een daad als onrechtmatig benoemt. Van de-medicalisering kan daarentegen pas sprake zijn wanneer de zogenaamde objectieve categorieën ziek en gezondheid publiekelijk ter discussie staan. Het betekent dat naast het professionele, objectieve aspect ook het normatieve en subjectieve aspect erkend wordt. Het normatieve aspect wordt vertegenwoordigd door de politiek, het subjectieve aspect door leken (Nijhuis 1994a). Vertaald naar lokaal gezondheidsbeleid

veronderstelt een niet-medicaliserend ontwerp een gelijkwaardige inbreng van professionals, politiek en leken in ontwerp, uitvoering en evaluatie van projecten.

Op de participatie-ladder van Arnstein worden acht niveaus van participatie onderscheiden. Onder werkelijke participatie vallen gelijkwaardige samenwerking, gedelegeerde macht en zelfbestuur. Op de laagste sporten staan vormen van schijnparticipatie zoals therapie en als manipulatie. Er is een relatie te leggen tussen het niveau van participatie en de hiervoor genoemde aspecten van medicalisering en disciplineren. Hoe lager het niveau van participatie, hoe sterker lokaal gezondheidsbeleid trekken van medicalisering en disciplineren zal hebben. Er is dan immers sprake van het ongevraagd binnendringen van het thema gezondheid, zonder dat gezondheid als thema of waarde actief door betrokkenen wordt binnengehaald. Wanneer echter mensen vanuit de eigen ideeën en leefwereld werkelijk medezeggenschap hebben in gezondheidsprojecten is er een tegenbeweging tegen medicalisering. Dit veronderstelt participatie op de hoogste sporten van de ladder. In het eerste geval is er sprake van schijn-participatie en komen participanten ten tonele als proto-professionals. In het tweede geval nemen mensen de ruimte om hun problematieken al dan niet in termen van gezondheid te definiëren. De kwaliteit van participatie is dus cruciaal. Het adagium 'aansluiten bij de eigen leefwereld' is in dat geval geen truc om binnen te komen, maar betekent dat werkelijk gekeken wordt naar wat mensen bezighoudt en heeft consequenties voor de inrichting van een project. Indien lokaal gezondheidsbeleid een hulpmiddel is dat mensen ondersteunt om eigen keuzes te maken, werpt het een dam op tegen de sociale iatrogenese van Illich. Het versterkt van het eigen gezondheidsbevorderend vermogen van mensen en vermindert de afhankelijkheid van het medisch denken. In die zin kan lokaal gezondheidsbeleid een mogelijkheid zijn om gezondheid in een minder individualistisch kader te definiëren. Het kan een rol vervullen in het mobiliseren van tegenkrachten tegen kolonisering van de leefwereld (Habermas). Indien lokaal gezondheidsbeleid het karakter krijgt van zelforganisatie rond gezondheid, is dit meer dan alleen een vorm van proto-professionalisering (De Swaan 1989) en een stadium verder in het proces van medicalisering. Lokaal gezondheidsbeleid kan problemen uit de individuele sfeer halen en politiek aan de orde stellen. Wanneer participatie blijft steken bij deelname aan activiteiten die op professioneel niveau zijn ontworpen, is dat daarentegen niet het geval. Vaak is het streven naar bevolkingsparticipatie een middel om de professionele effectiviteit te vergroten: *'Maatregelen ter verbetering van de gezondheid zullen alleen dan effectief kunnen zijn als ze aansluiten bij de wensen en behoeften van de lokale gemeenschap.'* (Van Wieringen et al. 1990b:2)

In de vorige paragraaf is geconstateerd dat op één uitzondering na — Punt 50 in Feijenoord — in geen van de lokale gezondheidsprojecten sprake is van werkelijke participatie van niet-professionals. In de meeste gevallen is bevolkingsparticipatie dus geen tegenkracht tegen de normeringsmacht van gezondheid.

De nadruk die gelegd wordt op het lokale niveau speelt in dit verband een dualistische rol. Aan de ene kant is de lokale of buurtaanpak een voorwaarde om aan te kunnen sluiten bij problemen en behoeften die in de lokale context bij mensen spelen. Gezondheidsbevorderende maatregelen of voorlichting die op landelijk niveau ontwikkeld worden zijn hierop niet toegesneden. Aan de andere kant dringt gezondheid juist door gebruik te maken van

het lokale niveau directer dan voorheen door in het leven van betrokkenen.

Soms duikt een onverwacht emanciperend effect van een gezondheidsproject op. Fortuin (1993a) maakt melding van een relatief groot aantal vrijwilligsters die vanuit Punt 50 met allerlei activiteiten in de wijk bezig gegaan zijn, soms ook richting arbeidsmarkt (scholing en banen). Het project geeft zo de mogelijkheid om in de wijk 'bewonerscarrières' te doorlopen. Het zijn verschuivingen die te maken hebben met het vrijwilligster zijn in Punt 50 in Feijenoord. De effecten van lokale gezondheidsbeleid hebben hier te maken met persoonlijke ontwikkeling van de participanten en een bevrijding uit een sociaal isolement:

*'In Feyenoord hebben we vrijwilligsters opgeleid om baliewerk te kunnen doen. Die vrouwen zijn zo gegroeid in hun eigen ontwikkeling, dat er nu al een aantal weggestroomd zijn naar banen. Juist omdat iedereen er bovenop zit met toeleidingstrajecten naar banen, worden deze vrouwen interessant en durven de vrouwen die stap ook te zetten. Dus ze stromen weg uit het project.'*³¹

Maar dit kan op zijn beurt weer negatieve onbedoelde effecten hebben. Zo waardeert de Sociale Dienst het vrijwilligerswerk, maar enkel in het perspectief van betaald werk. Voor sommige vrouwen die als vrijwilligster werkzaam zijn in Punt 50 is dit een angstbeeld: vanwege hun actieve opstelling als vrijwilligster zijn ze voor de Sociale Dienst aantrekkelijk om hen een baan aan te bieden. Het vrijwilligerswerk dat voor hen en voor de wijk Feijenoord zo belangrijk is, wordt dan afgebroken voor een baantje achter de kassa van een of andere supermarkt. Werk dat vervolgens ook niet past in het stramien van zorg voor hun kinderen, waarvoor in Punt 50 wél ruimte is (Fortuin 1993a:67).

Ook Sweep (1994b) constateert zulke emanciperende effecten. Uit de evaluatie bij de deelnemers van de voorlichting in Bospolder-Tussendijken komt naar voren dat bij een aantal deelnemers een start is gemaakt met bewustwording en emancipatie. Veel migrantenvrouwen zijn doorgestroomd naar andere activiteiten zoals taal- gym- en zwemlessen. Ook hebben Turkse vrouwen zich georganiseerd in een vrouwenwerkgroep. Allochtone vrouwen, en vooral Islamitische vrouwen, leven in Nederland vaak geïsoleerd binnenshuis en kunnen moeilijk participeren in het maatschappelijk leven. De ervaring leert echter dat deze vrouwen wel het huis uit mogen voor een groepsbijeenkomst over gezondheid. Het onderwerp gezondheid is bruikbaar voor het bereiken en betrekken van deze vrouwen (Van den Bogaard en De Vries 1994:54). Ook via de scholen bestaan mogelijkheden om mensen uit hun isolement te halen. Bij een gezondheidsproject werden video's op de school gemaakt werden, waarin ook de leerlingen een rol speelden. Dat werd voor een ouderavond aangekondigd en ook door de leerlingen thuis verteld. Het blijkt met name migranten naar zo'n ouderavond komen omdat ze het de moeite waard vinden om hun kind op school in beeld te zien. Via de video krijgen ze tegelijkertijd informatie over hoe het er op school aan toe gaat. De drempel is zodoende verlaagd, waardoor de mensen het huis uit komen en in contact komen met de

³¹ Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

school en met andere ouders.

Ook spreekt uit deze voorbeelden dat de thematiek gezondheid op een indirecte wijze het sociaal en cultureel kapitaal (Bourdieu) van mensen kan vergroten. Ook al vindt er geen directe vergroting van het gezondheidskapitaal plaats, deelname in gezondheidsprojecten kan resulteren in opwaartse sociale mobiliteit door toegenomen opleiding en door profijt van ontstane sociale netwerken.

Werken met vrijwilligers toont een dilemma tussen disciplineren en emancipatie. Dit komt mooi tot uiting in de beschrijving die Fortuin geeft over de GGD en het werken met vrijwilligersprojecten:

'Het blijkt dat juist die inbreng van bewoners op veel manieren botst met grotere structuren. Het tempo waarin een organisatie als de GGD werkt, de planmatigheid die een professionele organisatie eist, de professionele rolopvatting zijn strijdig met de logica van een organisatie die op vrijwilligers drijft. Vrijwilligers hebben een persoonlijk belang bij wat ze doen. Het levert hen bepaalde voordelen, of ze hechten er op een andere manier waarde aan. Komen ze niet meer aan dat belang toe — bijvoorbeeld door de tijdsdruk die een projectplanning met zich mee kan brengen — dan haken ze af. Een vrijwilligersproject drijft als het ware op voortdurende onderhandelingen, waarbij ieder het eigen belang bewaakt. 'Afspraken' en planningen hebben in zo'n situatie een beperkte betekenis. Voor professionele organisaties als de GGD is het lastig om met zo'n project om te gaan. Het feit dat 'betrokkenheid van bewoners' en de eisen waaraan professionele organisaties moeten voldoen zo lastig te verenigen zijn mag een structureel probleem heten.' (Fortuin 1993a:64)

De projectcoördinator Gezonde Stad formuleert dit dilemma van de professional en een oplossingsrichting als volgt:

'Het is een vak apart om met vrijwilligers te werken en het is een vak dat binnen de GGD nog niet beheerst wordt. Het tempo ligt bij vrijwilligerswerk heel anders. Je moet als professional dingen los kunnen laten, waar je gewoonlijk belang aan gehecht. Bijvoorbeeld bij de vrijwilligers in Punt 50 is het belangrijk om, als je een vergadering met hen hebt, eerst een kwartier gewoon te kletsen en te zorgen dat je een koekje bij de koffie hebt. Dat ben je helemaal niet gewend in het professionele circuit. Dan kom je meteen terzake. Als de vrijwilligers op een gegeven moment gewoon geen zin hebben om op een bepaald onderwerp in te gaan, dan moet je dat kunnen laten schieten. Misschien kun je er een andere keer, als het wel het goede moment is, erop terug komen. Het vraagt dus een heel andere aanpak. Het Gezonde Stad project pretendeert om op vragen vanuit de bevolking in te gaan en dat is soms moeilijk te verantwoorden. De vragen vanuit de bevolking zijn in je eigen ogen soms irrelevant. En je daar moet je dan tussen schipperen. Je houdt immers je professionele verantwoordelijkheid. Het zou onethisch zijn om dat helemaal te laten vallen en alleen maar te luisteren naar

*wat anderen vinden dat je moet doen. Daar hebben die anderen ook niets aan. Het is belangrijk om aanvankelijk wel in te gaan op vragen en zichtbare dingen te creëren, om op die manier vertrouwen te krijgen. Neem zo'n internationale ontmoetingsdag in het Oude Westen. Ik weet dat de buurtgericht werkster zich afvroeg of ze daar aan mee moest werken: 'Moet ik daar nou ook pannenkoeken gaan staan bakken op zo'n dag? Dat is toch niet mijn functie?'. Maar toch moet je zoiets gaan doen, want dat schept vertrouwen. Je bent zichtbaar en dat geeft een hele goede basis om daarna iets te gaan doen wat je als professional belangrijk vindt. Dus ja, dat is schipperen.'*³²

Uit deze twee citaten blijkt hoe op project-niveau geworsteld wordt om vorm te geven aan een manier van werken die niet uitgaat van het primaat van de doelen van een gezondheidsdienst, maar die probeert aan te sluiten bij betrokkenen in de wijk. Overigens is Punt 50, het project waaraan deze citaten refereren, het enige project waar dit probleem in deze vorm kan opdoemen. In alle andere projecten is bevolkingsparticipatie nog dusdanig bescheiden in niveau, fase, aantal betrokkenen en bereik, dat dit probleem op dit concrete niveau vooreerst niet bestaanbaar is.

6.6.2 Culturen van gezondheid

In hoofdstuk vier is het begrip culturen van gezondheid ontwikkeld, omdat bleek dat theorieën over medicalisering en disciplineren onvoldoende differentiëren naar maatschappelijke groepen. Het thema gezondheid bleek bij verschillende groepen een heel andersoortige rol te kunnen spelen. Niet iedereen is op dezelfde manier op gezondheid is aan te spreken. Betoogd werd dat de culturele theorie van Douglas (1978 en 1982) en van Thompson et al. (1990) een goede basis is om onderscheid te maken naar culturen van gezondheid. Er konden vijf culturen van gezondheid beschreven worden: de fatalistische, de hiërarchische, de individualistische, de autonome en de egalitaire cultuur van gezondheid. Binnen de fatalistische cultuur zijn bijvoorbeeld de individuen te vinden voor wie gezondheid bijzonder belangrijk is. Gezondheid speelt een overheersende rol in het leven en men heeft het gevoel hieraan overgeleverd te zijn. Aan de andere kant staat bijvoorbeeld de egalitaire cultuur waar gezondheid een cultureel ondergeschikte positie inneemt. Wil men mensen daadwerkelijk bij gezondheidsprojecten betrekken, zo luidde het pleidooi, dan zal men zich rekenschap moeten geven van de cultuur van gezondheid van de betreffende doelgroep. De vraag is nu of dit in de gezondheidsprojecten terug te vinden is.

In het Tandzorgproject Allochtonen in Westerpark is men uitgegaan van de gezondheidscultuur van de doelgroep. Uit de gezondheidsenquête was gebleken dat een groot deel van de migranten geen tandarts heeft. Het projectteam heeft niet gekozen om zonder meer voorlichtingsactiviteiten te ontplooiën om migranten te stimuleren vaker naar de tandarts te gaan,

³² Mondelinge mededeling J. van den Bogaard, 8-6-93.

maar heeft eerst geprobeerd te achterhalen wat de achtergrond hiervan was. Er zijn gesprekken gevoerd met allochtonen, met migrantenwerkers in de wijk en met de daar gevestigde tandartsen. Preventieve tandzorg bleek bij allochtonen geen gewoonte. Men gaat alleen bij pijn naar de tandarts en laat dan vaak trekken. Gevolg is dat men vervolgspraken vaak niet nakomt. Men heeft weinig kennis van sanering en vergoedingen, en ervaart de tandarts zo als duur. Het projectteam heeft hieruit de conclusie getrokken dat een verbetering van de mondzorg zinvol en haalbaar is, maar dat aan enkele voorwaarden moet worden voldaan. Op de eerste plaats moet rekening gehouden worden met de kosten die een individu moet maken voor sanering. Op de tweede plaats moet er na gebitscontrole ook daadwerkelijk plaats bij tandartsen zijn om de sanering uit te voeren. Vervolgens moet er voorlichting over het ziekenfonds en over de gang van zaken bij de tandarts plaats vinden. Tenslotte concludeerde men dat voorlichting en het bieden van de mogelijkheid om zich bij een tandarts in te schrijven niet voldoende was. Wilde het project slagen, dan zouden allochtonen die deelgenomen hadden aan voorlichting op de een of de andere manier begeleid moeten worden bij de bezoeken aan de tandarts en bij de regeling met de Sociale Dienst over de financiering van de sanering. Dit laatste is gerealiseerd door Turkse en Marokkaanse vrijwilligsters uit de buurt te scholen en in te schakelen als begeleidsters en contactpersonen (Thomas 1994). Aldus heeft men op het specifieke gebied van tandzorg de cultuur van gezondheid van de doelgroep in beschouwing genomen en er de consequenties uit getrokken voor de opzet van het project.

Een ander voorbeeld van een project waarin expliciet aandacht is geschonken aan culturen van gezondheid is het project Migrant en gezondheid in de Van der Pekbuurt. Er is sterk geprobeerd te werken vanuit aansluiting bij bestaande initiatieven en netwerken in de buurt. Al bij het opstellen van het gezondheidsprofiel van Noord zijn gesprekken gevoerd met 24 sleutelinformanten uit de Noord. Later, bij de toespitsing van het project op de Van der Pekbuurt, is deze lijn doorgezet in de gesprekken met hulpverleners en zelforganisaties in de Van der Pekbuurt en in de gesprekken met migranten over gezondheid, ziekte en zorg. De verslagen van deze gesprekken met migranten zijn gegoten in de vorm van korte 'life histories' (gezondheidsportretten) en zijn gebruikt als basismateriaal voor de werkconferenties. De gezondheidsportretten geven zicht op de culturen van gezondheid zoals die bij Turkse en Marokkaanse migranten voorkomen. Dit concept bracht de twee migrantengemeenschappen in beeld en maakte daardoor een buurtbenadering mogelijk die specifiek was dan een benadering op een buurt of wijk als globale entiteit (Ten Dam en Rijkschroeff 1991 en Ten Dam 1996). De inbreng van de migranten zelf via de gezondheidsportretten zorgt ervoor dat de gevonden oplossingen dicht bij de leefwereld van betrokkenen blijven. Via de gezondheidsportretten kon er steeds aansluiting blijven met de eigen gezondheidscultuur van migranten. De negen gezondheidsportretten, hoewel natuurlijk statistisch niet representatief, reflecteren de gegevens over gezondheid in de Van der Pekbuurt zoals die uit eerder onderzoek naar voren komen: migranten hebben vaak te maken met ernstige gezondheidsproblemen, gekoppeld aan een lage sociaal-economische positie. Voor elk van de negen respondenten is gezondheid een voornaam structurerend principe in hun leven. Regels voor gezond leven (het 'raster'-aspect in het schema van culturen van gezondheid in hoofdstuk vier) spelen

een belangrijke rol. De respondenten horen alle negen in de bovenste helft van het schema thuis. Opvallend is een tweedeling van de respondenten op het 'groep'-aspect. Vier respondenten rapporteren een slechte gezondheid en voelen zich overgeleverd aan de artsen. Ze voelen zich van het (medische) kastje naar de muur gestuurd en ondervinden weinig steun van familie, vrienden of burens. Zij hebben een fatalistische cultuur van gezondheid (blok B in het schema). De andere vijf respondenten hebben daarentegen veel sociale contacten. Ze voelen zich redelijk gezond en gebruiken hun sociale netwerk om dat zo te houden door bijvoorbeeld kennis over etnische geneeswijzen en het gebruik van kruiden uit te wisselen. Deze respondenten horen thuis in blok C: een hiërarchische cultuur van gezondheid. De gezondheidssportretten bevestigden de noodzaak om in Amsterdam-Noord via het Gezondheidsinformatiecentrum te werken aan de moeilijke relatie tussen migranten en de Nederlandse gezondheidszorg. Voor de fatalistische cultuur is het belangrijk om ondersteuning te krijgen bij de omgang met de gezondheidszorg. Voor de hiërarchische cultuur kan het centrum relaties leggen tussen de Westerse en de etnische gezondheidszorg (Ten Dam 1996).

In het project Punt 50 in het Rotterdamse Feijenoord is op een heel andere manier verband gelegd met culturen van gezondheid. Omdat de twintig vrouwen daar zo'n doorslaggevende rol hebben in de opzet en voortgang van het project, is het haast vanzelfsprekend dat hun visie en hun normen rond gezondheid doorslaggevend zijn. Dat is paradoxalerwijze ook te zien in het feit dat ze — vanuit hun egalitaire cultuur van gezondheid — verzet aantekenen tegen de affichering van Punt 50 als gezondheidsproject. De buurtgerichte gezondheidswerker van de GGD probeert in haar werkwijze nadrukkelijk aan te blijven sluiten bij de beleavingswereld van deze groep vrouwen.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen functioneren vaak als een herkenbare aanleiding voor lokale gezondheidsprojecten. Maar het gebruik van sociaal-economische gezondheidsverschillen als aanleiding voor een initiatief kan botsen met de 'eis' aan te sluiten bij de leefwereld van betrokkenen. Immers, sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn gegevens die vanuit een professionele optiek verzameld zijn. Dat op zichzelf is geen reden waarom deze feiten ook als zodanig door de betrokkenen erkend of ervaren zouden worden. Dat bleek in het Utrechtse Voedingsproject. Het feit dat de gemiddelde gezondheid in de wijk Zuilen minder was dan in de rest van Utrecht en de gemiddelde vetinname hoger, maakte gezondheid en voeding nog geen 'hot items' in de wijk. Men ontdekte pas in de loop van het project dat mensen in de directe leefomgeving soms weinig steun ondervinden om persoonlijke gezondheidskeuzen te kunnen uitvoeren en te kunnen volhouden, wanneer de sociale omgeving een cultuur heeft waarin gezondheid geen bijzonder grote rol speelt, maar de groep daarentegen wel van grote invloed op de leden is. Gezonde voeding bleek in de wijk geen of een slecht imago te hebben. Gezonde voeding werd als duur, moeilijk, saai en niet lekker gezien. De projectdoelen werden in de loop van het project alleen van toepassing verklaard op de specifieke groepen of individuen in de wijk die al bezig waren met voeding. Voor de gehele groep bewoners van Zuilen werd uitsluitend gestreefd naar het vestigen van aandacht op gezonde voeding of het opwekken van interesse ervoor. Daarmee kwam het project min of meer in een patstelling terecht, omdat het thema voeding al vanaf het begin vaststond en nu geen aansluiting bij de wijkbewoners bleek te hebben.

Wil men bewoners wel betrekken bij een initiatief, dan zal dus aangesloten moeten worden bij de cultuur en de behoeften van de doelgroep, ook al zullen die behoeften soms slechts zijdelings het thema gezondheid raken. In het project Gezond Scheveningen in Den Haag heeft men een specifieke invulling gekozen van het serieus nemen van de behoeften van wijkbewoners. Men huldigt de opvatting dat elk initiatief dat niet direct uit de wijk afkomstig is, het opleggen van een stramien aan bewoners is. Activiteiten kunnen alleen dan aansluiten bij bewoners, wanneer het initiatief ook van die bewoners afkomstig is. De GGD snijdt hiermee zichzelf af van de mogelijkheid initiatief te nemen en zo de zaken in Scheveningen in een stroomversnelling te brengen. Het gevolg is een uiterst behoedzaam opereren. Concrete activiteiten worden er nauwelijks ondernomen. In tegenstelling tot de optiek zoals die spreekt uit de aanpak in Rotterdam, waar men (getuige het citaat op p. 202) een spanning erkent tussen professionele doelen en werken met bewoners, lijkt men in Den Haag in feite de waarde van een professionele inbreng te ontkennen.

In de eindevaluatie van het Westerpark project wordt de rol van onderzoek als basis voor lokaal gezondheidsbeleid afgezwakt om aan te kunnen sluiten bij de sociale werkelijkheid van bewoners en instellingen in Westerpark. Men relativeert de eigen prioriteitstelling op basis van de gehouden gezondheidsenquête. Vooral wanneer er sprake is van een buurt met een rijke historie wil men rekening houden met cultuur van bewonersgroepen en lokale instellingen. Strijd van bewoners in het verleden en eerdere al dan niet geslaagde samenwerkingsverbanden van instellingen hebben immers invloed op de kansen van nieuwe initiatieven. Daardoor is voorzichtigheid met de ontwikkeling van nieuwe overlegstructuren en bescheidenheid ten aanzien van de eigen pretenties geboden.

Gezondheid in de Stadsdelen in Amsterdam probeert in het algemeen de overstap van onderzoek naar actie makkelijker te maken door in het onderzoek de nadruk te leggen op de subjectieve beleving van gezondheid en op de determinanten die bewoners zelf als invloed op hun gezondheid zien. Men hoopt zo op een meer herkenbaar onderzoeksresultaat dan het geval zou zijn geweest met een 'objectieve' benadering van gezondheid. Een andere versoepeling van de overstap van onderzoek naar actie is de opbouw van een netwerk van sleutelfiguren in de wijk, voorafgaand aan de uitvoering van een uitgebreide gezondheidsenquête. Sleutelfiguren (mensen die professioneel of niet professioneel betrokken zijn bij de betreffende wijk) wordt gevraagd naar hun mening over gezondheid en gezondheidsfactoren in de wijk en over de mogelijk manieren die gezondheid te verbeteren. Gaandeweg het onderzoek kan de groep sleutelfiguren gaan werken als groep die betrokken raakt bij het onderzoek en in de wijk een aanjaagfunctie vervult voor de overstap van onderzoek naar actie. Aansluiten bij de ervaringen van bewoners en van lokale instellingen is essentieel, maar heeft overigens ook gevaren. Het volgen van de ideeën en wensen van het bewonerskader en de hulpverleners kan betekenen dat men uitgaat van gevestigde meningen die niet meer representatief zijn.

Men poogt te ontsnappen aan het cognitieve schema dat onderzoekers eigen is en dat ook vastzit aan onderzoek als basis voor lokaal gezondheidsbeleid: onderzoek doen, conclusies formuleren, activiteiten ontwerpen, activiteiten uitvoeren. Men verwerpt in feite de vooronderstelling dat bewoners onderzoekers in spe zijn die in actie zouden komen op grond van

onderzoeksresultaten die daartoe aanleiding geven. Dit cognitieve aspect is eerder beschreven als kritiek op de methodiek van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: de vooronderstelling dat 'weten' tevens 'handelen' betekent, gaat hooguit op voor mensen die ervaring met niet alledaags weten hebben. Dat zijn mensen met een hogere opleiding.

6.7 Conclusie

In dit hoofdstuk is op de eerste plaats bekeken hoe lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland scoren op de doelen zoals die vanuit het beleid zelf geformuleerd worden. Omdat deze doelen in de literatuur te weinig concreet en meetbaar worden weergegeven, zijn hiervoor, in hoofdstuk vijf, op grond van vooronderzoek op elk van deze doelen een of meerdere continua ontwikkeld die preciezer en meer gedifferentieerd de inhoud en de reikwijdte van deze doelen weergeven. Bij elk continuüm bleek het mogelijk vast te stellen waaraan een project minimaal zou moeten voldoen, wil de kwalificatie 'doel gehaald' van toepassing verklaard kunnen worden. Het is hier de plaats om een slotbalans op te maken.

Lokaal gezondheidsbeleid richt zich vanuit haar aard op een beperkt territoriaal kader. Dit blijkt in praktijk ook zo te zijn. Zij het dat dit territorium soms erg groot is: tot aan een stadsdeel van 60.000 inwoners. In hoofdstuk vijf is gesteld dat een territoriale benadering zich niet ongedifferentieerd op een wijk of stadsdeel, maar minimaal op een specifieke groep of een bestaand netwerk moet richten. Op enkele uitzonderingen blijkt deze invulling inderdaad aan het adagium 'territoriaal kader' gegeven te worden.

Onderzoek speelt een belangrijke rol bij lokaal gezondheidsbeleid. Alle onderzochte projecten zijn gestart naar aanleiding van onderzoeksgegevens rond sociaal-economische gezondheidsverschillen. Soms zijn initiatieven van bewoners mede reden voor de start van een project. Geen enkel initiatief is louter gebaseerd op vermoedens of ideeën. Er wordt van een veelheid van onderzoeksmethoden gebruik gemaakt en alle projecten gaan verder dan enkel onderzoek naar berichtgeving in de media, de laagste sport van het continuüm. Vooral onderzoek onder professionele en niet-professionele sleutelinformanten is een methode die veelvuldig wordt gehanteerd.

In alle gevallen is de basis van lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden een vorm van samenwerking tussen een openbare gezondheidsdienst aan de ene kant en aan de andere kant instellingen uit de gezondheidszorg en de sociale sector. Dat wil zeggen dat de samenwerking in alle gevallen intersectoraal is, zij het tamelijk eenzijdig. Een enkele uitzondering daargelaten blijkt dat voldaan kan worden aan de voorwaarde dat samenwerking zowel op uitvoerend als op managementniveau plaats vindt.

Politieke betrokkenheid bij lokale gezondheidsprojecten loopt uiteen, maar er is steeds sprake van enige politieke dekking en van een regelmatige informering van de politiek. Lokaal gezondheidsbeleid in de vier grote steden maakt — Utrecht tot 1995 uitgezonderd — meer of minder expliciet deel uit van een breder politiek kader.

De prestaties op het gebied van bevolkingsparticipatie zijn aanmerkelijk minder. Op de

schaal van acht niveaus van participatie komen alle projecten op één uitzondering na niet verder dan het niveau van consultatie. Wanneer we de twee onderste sporten van de ladder (manipulatie en therapie) buiten beschouwing laten, gaat het dus vrijwel steeds om twee niveaus van participatie: informeren en consultatie. Wat betreft de fase waarin participatie plaats vindt gaat het vrijwel steeds om participatie in de laatste fase: de consumptie van een nieuwe voorziening of dienst. Op de beide continua van participatie, 'niveau' en 'fase', scoren lokale gezondheidsprojecten dus duidelijk onder de maat. De doelgroep wordt op een te laag niveau betrokken en dat gebeurt in een te late fase.

Ook het beeld rond het einddoel bevordering van gezondheid is niet steeds positief. Er wordt slechts in een enkel geval onderzoek gedaan naar de gezondheidseffecten van lokaal gezondheidsbeleid. Over het algemeen worden er output-prestaties gemeten. Dat is conform de minimum-vereiste die gesteld is. Soms kan men een stap verder gaan en wordt gemeten op resultaatniveau. Een feitelijke verbetering van gezondheid van de minst bedeelden en een afname van gezondheidsverschillen worden echter nergens geconstateerd. Wat betreft het type gegevens wordt, met uitzondering van Feijenoord, als het hoogste niveau enkele malen het niveau 'determinanten van gezondheid' aangetroffen. Fysiek onderzoek ter evaluatie van het effect van gezondheidsprojecten komt niet voor. De analyse van bestaande gegevens dan wel een enquête onder deelnemers of onder de doelgroep als geheel, zijn veelgebruikte onderzoeksmethodieken. Ook wordt er vaak gebruik gemaakt van onderzoek onder sleutelinformanten.

Op de tweede plaats is onderzoek gedaan naar eventuele onbedoelde effecten van lokaal gezondheidsbeleid. De projecten die in dit hoofdstuk besproken werden, bleken een breed scala van activiteiten buiten het eigenlijke 'territorium' van gezondheid te vertegenwoordigen. Een positief gevolg hiervan is dat de lokale gezondheidsprojecten beter aan kunnen sluiten bij wensen en beleving van de doelgroep. Maar hierdoor dragen gezondheidsprojecten er ook toe bij dat steeds meer facetten van het menselijk leven onder invloed komen van de begrippen ziek en gezond. Het betekent dat politieke kwesties getransformeerd worden tot gezondheidsproblemen.

Er bleek sprake van een paradox. Het verzet tegen de 'artsenbenadering' van gezondheid mondt uit in een niet-medische, sociale benadering van gezondheid. Maar juist door af te stappen van een smalle, medische benadering van gezondheid en ruimte te maken voor leefwijzen en sociale en fysieke factoren, komen meer en meer facetten van het menselijk bestaan onder de norm gezondheid te vallen en kan de eigen verantwoordelijkheid die mensen voor hun gezondheid hebben in het gedrang komen. Maar tevens onttrekken mensen zich in dit verband soms zelf aan de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid door zich niet aan te laten spreken op de eigen leefwijzen, maar de verantwoordelijk 'door te schuiven' naar de overheid.

Er is een verbinding te leggen tussen het niveau van participatie en de hiervoor genoemde aspecten van medicalisering en disciplineren. Hoe lager het niveau van participatie, hoe sterker lokaal gezondheidsbeleid trekken van medicalisering en disciplineren zal hebben. Er is dan immers sprake van het ongevraagd binnendringen van het thema gezondheid, zonder

dat gezondheid als thema of waarde actief door betrokkenen wordt binnengehaald. Er is echter op één uitzondering na — Punt 50 in Feijenoord — in geen van de lokale gezondheidsprojecten sprake van werkelijke participatie van niet-professionals. In de meeste gevallen kan bevolkingsparticipatie dus niet fungeren als een tegenkracht tegen de normeringsmacht van gezondheid. Overigens is in Punt 50 andersom juist sprake van onbedoelde emanciperende effecten: ook al vindt er geen directe vergroting van het gezondheidskapitaal plaats, deelname in gezondheidsprojecten kan resulteren in opwaartse sociale mobiliteit door toegenomen opleiding en door profijt van ontstane sociale netwerken. Gezondheid blijkt daarnaast een geschikt thema om migrantenvrouwen uit een sociaal isolement te halen.

In twee projecten, het Tandzorgproject Allochtonen en het project Migranten en Gezondheid in Amsterdam, is expliciet onderzoek gedaan naar de cultuur van gezondheid van de beoogde doelgroep. In Punt 50 in het Rotterdamse Feijenoord was dat niet nodig. Omdat het initiatief bij de bewoonsters lag, was de aansluiting daar vanaf het begin een gegeven. In het project hebben de twintig vrouwen een doorslaggevende rol gehad in de opzet en voortgang van het project. Daardoor is het haast vanzelfsprekend dat hun visie en hun normen rond gezondheid voorrang hebben. Dat is paradoxalerwijze ook te zien in het feit dat ze — vanuit hun egalitaire cultuur van gezondheid — verzet aantekenen tegen de affichering van Punt 50 als gezondheidsproject.

Vooraf aan het Tandzorgproject Allochtonen in Westerpark was uit de gezondheidsenquête gebleken dat een groot deel van de migranten geen tandarts heeft. Er is toen niet gekozen om te starten met voorlichtingsactiviteiten om migranten ertoe aan te zetten vaker naar de tandarts te gaan, maar men heeft eerst geprobeerd te achterhalen wat de culturele achtergrond hiervan was en er vervolgens de consequenties uit getrokken voor de opzet van het project.

In het project Migranten en gezondheid in de Van der Pekbuurt is onder andere gewerkt met 'gezondheidsportretten' die zicht geven op de culturen van gezondheid zoals die bij Turkse en Marokkaanse migranten voorkomen. De gezondheidsportretten bevestigden de noodzaak om in Amsterdam-Noord via het op te zetten Gezondheidsinformatiecentrum te werken aan de moeilijke relatie tussen migranten en de Nederlandse gezondheidszorg. Voor de fatalistische cultuur is het belangrijk om ondersteuning te krijgen bij de omgang met de gezondheidszorg en voor de hiërarchische cultuur kan het centrum linken leggen tussen de Westerse en de etnische gezondheidszorg.

In de andere projecten lag de relatie met culturen van gezondheid, voorzover dat achteraf vast te stellen was, diffuser. Zo ontdekte men pas in de loop van het Utrechtse Voedingsproject dat gezonde voeding in de wijk geen of een slecht imago bleek te hebben. Daarmee kwam het project min of meer in een patstelling terecht, omdat het thema voeding al vanaf het begin vaststond en nu geen aansluiting bij de wijkbewoners bleek te hebben. In Den Haag huldigt men de opvatting dat elk initiatief dat niet direct uit de wijk afkomstig is, het opleggen van een stramen aan bewoners is. Activiteiten kunnen alleen dan aansluiten bij bewoners, wanneer het initiatief ook van die bewoners afkomstig is. Het gevolg is dat er nauwelijks concrete activiteiten worden ondernomen. In Amsterdam wordt de rol van onderzoek naar gezondheidsverschillen als basis voor lokaal gezondheidsbeleid afgezwakt om aan te kunnen sluiten bij de sociale werkelijkheid van bewoners en instellingen. Men

legt de nadruk op de subjectieve beleving van gezondheid en op de determinanten die bewoners zelf als invloed op hun gezondheid zien. Men hoopt zo op een meer herkenbaar onderzoeksresultaat dan het geval zou zijn geweest met een 'objectieve' benadering van gezondheid.

Het zoeken van aansluiting bij de cultuur van gezondheid van de doelgroep blijkt in de meeste projecten een thema te zijn. In drie projecten is hieraan expliciet een werkbare gestalte gegeven. In de overige projecten is het nog niet gelukt hieraan een produktieve vorm te geven.

7 Gezonde stadsgezichten

*'De eenzame positie van gezondheid als 'belangrijkste zaak in het leven' maakt gezondheid in de samenleving tot een van de weinige gemeenschappelijke en algemene interpretatiekaders die men nog ter beschikking heeft. Misschien niet als een alles overkoepelelnd zingevingsysteem, maar wel als een algemeen herkenbaar en door iedereen gedeeld en daarmee maatschappelijk verbindend betekenissysteem.'*¹

7.1 Inleiding

Arme stadsbuurten zijn al decennia doelwit van stadsvernieuwings- of achterstandsbeleid. In de jaren negentig is daar een nieuwe ontwikkeling bij gekomen: gezondheidsbeleid. De laatste jaren is in de steden in Nederland en daarbuiten een kleurrijk palet van lokale gezondheidsinitiatieven ontstaan. Soms zijn het projecten die op specifieke groepen als migranten of ouderen gericht zijn, soms is de gerichtheid meer algemeen. Het kan gaan om een concrete dienstverlening zoals een 'gezondheidswijzer' in de buurt of om een samenwerkingsverband van maatschappelijke instellingen gericht op een bundeling van krachten. De ene keer is een project zichtbaar in de vorm van een pand in de wijk, de andere keer manifesteert een initiatief zich als gezonde recepten in de supermarkt in de buurt. Het ene project is een aanleggenheid van vooral professionals, het andere project lijkt vooral op vrijwilligers te draaien. Er is sprake van een verscheidenheid van uiteenlopende initiatieven die met elkaar gemeen hebben dat er op lokaal of buurniveau 'iets' rondom gezondheid gedaan wordt. Men hanteert een brede integrale en positieve visie op gezondheid ('gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte'), streeft naar samenwerking tussen uiteenlopende disciplines, betreft het politieke bestuur bij gezondheidsbevorderende activiteiten en neemt de mensen om wie het gaat als uitgangspunt van beleid. Participatie door de bevolking wordt belangrijk geacht. De initiatieven zijn vooral het werk van openbare gezondheidsdiensten en worden vaak geïnspireerd door het internationale *Healthy Cities Project*.

Deze studie heeft zulk lokaal gezondheidsbeleid onder de loep genomen. Doel van dit onderzoek was op de eerste plaats helderheid te verschaffen over de kenmerken van lokale gezondheidsprojecten in de steden. Op de tweede plaats moest de studie inzicht bieden in de problematiek die deze projecten trachten op te lossen. Ook wilde de studie laten zien welke de bedoelde en onbedoelde effecten van dit beleid zijn en tenslotte was het de bedoeling dat rekenschap wordt gegeven van zowel emanciperende als disciplinerende perspectieven van lokaal gezondheidsbeleid. Hiervoor is een theoretisch kader ontwikkeld. De studie is gebaseerd op de volgende probleemstelling: *Is er sprake van nieuw gezondheidsbeleid in de steden? Zo ja, welke zijn daarvan de kenmerken? Voor welk probleem poogt dit beleid*

¹ P. Schnabel op de conferentie *Waarde van Gezondheid*, Rotterdam 3-11-93.

een oplossing te leveren? In hoeverre worden de doelstellingen gerealiseerd? Wat zijn de onbedoelde effecten van dit beleid?

Deze probleemstelling is uiteen te leggen in een drietal clusters van onderzoeksvragen:

- 1) Wat is de concrete aanleiding van lokaal gezondheidsbeleid? Voor welk probleem poogt het een oplossing te geven?
- 2) Is de lokale benadering van gezondheidsbeleid in de steden een nieuw verschijnsel? Zo ja, in welk opzicht is er sprake van vernieuwing? Is deze aanpak te plaatsen in een bredere ontwikkeling? Is deze ontwikkeling internationaal of beperkt tot Nederland? Welke kenmerken heeft de lokale benadering van gezondheid. Hoe zijn de initiatieven te typeren?
- 3) Hoe zijn lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht te beschrijven in termen van de eigen doelstellingen en in termen van onbedoelde gevolgen? Leidt dit lokale gezondheidsbeleid tot disciplineren of tot emancipatie?

Om antwoord te kunnen geven op de eerste vraag is een literatuurstudie verricht naar het bestaan van sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen. Daarbij is vooral gekeken naar de wijze waarop deze verschillen zich voordoen in de grote steden. Voor de tweede vraag is het beleid op het gebied van de volksgezondheid zoals dat nu en in het verleden vorm heeft gekregen aan onderzoek onderworpen. Als voorbereiding voor de derde vraag heeft een theoretische reflectie plaats gevonden op sociaal-wetenschappelijke concepten die van belang zijn bij lokaal gezondheidsbeleid. Vervolgens is in het kader van deze deelvraag op lokatie een empirische voorstudie verricht naar lokale gezondheidsprojecten zoals die te vinden zijn in een aantal steden in de Verenigde Staten, Canada en Nederland en tenslotte is een specifieke studie gemaakt van het recente lokale gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland. Hieronder komen deze vragen achtereenvolgens aan de orde. Paragraaf 7.2 behandelt de ongelijkheid in gezondheid. In paragraaf 7.3 komt het gezondheidsbeleid van deze en de vorige eeuw aan de orde en worden vergelijkingen gemaakt. De resultaten van de voorstudie en van het onderzoek naar recent gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland zijn onderwerp van paragraaf 7.4. In de paragrafen 7.5 en 7.6 tenslotte wordt de balans opgemaakt. Wat zijn de grenzen van lokaal gezondheidsbeleid, wat is desondanks het belang ervan en onder welke voorwaarden kan het beleid effectiever worden?

7.2 Ongelijkheid voor ziekte en dood

Een kwestie die een belangrijke achtergrond vormt voor deze lokale benadering van gezondheid is een aspect van sociale ongelijkheid, namelijk de ongelijkheid voor de dood. Het gaat om sociaal-economisch gerelateerde verschillen in gezondheid. Er valt in Nederland en elders een gestage afname van gezondheidsverschillen te constateren vanaf de vorige eeuw tot in de jaren vijftig van deze eeuw. Sinds de jaren zeventig nemen de verschillen in gezondheid echter weer toe. Opvallend is dat de bloei van de welvaartsstaat ook de terugkeer van sterfte en ziekte door armoede betekende. Wat betreft de verklaringen van deze gezondheidsverschil-

len blijkt er een sterke samenhang tussen gemiddelde gezondheid aan de ene kant en opleiding, beroep en inkomen aan de andere kant. Er kunnen twee verklaringsrichtingen worden onderscheiden: die van de intermediaire factoren (sociale omstandigheden als producenten van gezondheidsverschillen) en de selectie-verklaring (gezondheid als producent van sociale ongelijkheid). Beide verklaringsrichtingen dragen bij aan de verklaring van gezondheidsverschillen en het voorstel is dan ook beide richtingen te integreren. Uit onderzoek in de vier grote steden in Nederland, Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht, blijkt dat steden niet alleen ongezonder zijn om in te leven dan daarbuiten, maar dat vooral *binnen* de steden hardnekkige gezondheidsverschillen tussen stadsbuurten bestaan. In sociaal-economische zwakkere buurten sterven mensen gemiddeld enkele jaren eerder, hebben ze meer last van ziektes en beperkingen, worden meer mensen in ziekenhuizen opgenomen en zijn ze vaker arbeidsongeschikt. De verklaring hiervoor wordt deels gezocht in selectieve migratie: de meer koopkrachtige en gezonde mensen vertrekken naar de betere wijken. Voor een ander deel kan een grotere blootstelling aan gezondheidsrisico's of ongezond gedrag van bewoners van wijken met een hogere sterfte een rol spelen. Gezondheidsachterstand verschijnt als een extra element in de al bekende probleemcumulatie in achterstandswijken in de grote steden.

7.3 Continuïteit en verandering

Terugblikkend op de historie van gezondheid en ziekte blijkt de vorige eeuw een belangrijke periode te zijn geweest. De leefomstandigheden en de gezondheid in de steden verslechterde in de loop van de negentiende eeuw sterk. De steden konden de grote toeloop van nieuw volk niet aan. De uitbarstingen van de cholera fungeerden destijds als een brandpunt: de steden werden te gevaarlijk om in te wonen en er moest actie worden ondernomen. Er bestonden twee theorieën over de oorzaken van de cholera: de miasma theorie (kwalijke dampen uit vuil als oorzaak voor ziekte) en de contagio benadering (overdraagbare onzichtbaar kleine beestjes). De miasma-theorie was favoriet. Geloven in onzichtbare wezentjes werd als middeleeuws gezien. De 'Hygiënist', een groep kritische en maatschappelijk georiënteerde artsen, speelden een belangrijke rol in de aanpak van de problemen op basis van de miasma theorie. Gezondheid zagen zij in samenhang met het menselijk leefmilieu. Gebrek aan licht en lucht, opeenhopingen van vocht en vuil werden gezien als gezondheidsbedreigende omstandigheden. De hygiënist maakten 'geneeskundige plaatsbeschrijvingen' en gebruikten de nieuwe techniek van de statistiek om verbanden tussen gezondheid en armoede te laten zien. Herhaaldelijk toonden ze aan hoe de omstandigheden invloed hadden op de gezondheid en hoe door het uitblijven van maatregelen in de ene gemeente de gezondheid verslechterde ten opzichte van plaatsen waar wel een actief gezondheidsbeleid gevoerd werd. Dergelijk onderzoek vond ook in andere Europese landen en de Verenigde Staten plaats. Ondanks barrières bij het lokaal bestuur ten aanzien van gezondheidsbeleid werd er in relatief korte tijd veel bereikt. Vooral de aanleg van riolering en drinkwaterleidingen doorbrak de besmettingscyclus van de cholera en stopte de epidemieën.

De ontdekking, aan het einde van de negentiende eeuw, van het bestaan van bacillen betekende uiteindelijk de overwinning van de contagio-theorie. Door onder andere deze ontdekking kwamen er vanaf het einde van de negentiende eeuw meer mogelijkheden voor een directe aanval op ziekten en restte er minder noodzaak voor preventief beleid. In de twintigste eeuw vindt er een sterke opkomst plaats van de succesvolle medische technologie, ten koste van investeringen in (lokaal) gezondheidsbeleid. De gezondheidszorg wordt een van de omvangrijkste posten op de nationale begrotingen van Westerse landen.

De huidige tijd toont echter de grenzen aan dit medisch ingrijpen. Oorzaken zijn onder andere de genoemde toename van ongelijkheid in gezondheid, verschuivingen rond het begrip gezondheid, verschuivingen in ziektepatronen, de toenemende kosten van de gezondheidszorg en een veranderende positie van de arts en de gezondheidszorg. Er ontstaat nu opnieuw aandacht voor preventie en basisgezondheidszorg, waarbij meer nadruk ligt op bevordering van gezondheid en minder op bestrijding van ziekten. Een belangrijk referentiepunt is de strategie *Health for All by the year 2000* van de Wereldgezondheidsorganisatie. In Nederland is een uitvloeisel hiervan het beleid zoals verwoord in de *Nota 2000*. Het *Healthy Cities Project* is een poging tot concrete invulling van *Health for all*, door het lokale niveau, de steden, als aangrijpingspunt te nemen. Het blijkt dat de aanpak van het Healthy Cities Project veel lijkt op die van de Hygiënist. De nadruk ligt op het lokale en er is aandacht voor samenwerking en voor het bestuur. Het uiteindelijke doel is de bevordering van gezondheid. Er zijn daarnaast vijf strategieën of werkprincipes die gevolgd worden. Dat zijn het streven naar participatie door de bevolking, de nadruk op samenwerking met sectoren buiten de gezondheidszorg, de wens het politieke bestuur bij het beleid te betrekken, het uitgangspunt dat feitelijke gegevens basis van beleid moeten zijn en de gehanteerde lokale aanpak. Mondiaal, en ook in Nederland, zijn er vanaf het einde van de jaren tachtig een groot aantal lokale gezondheidsinitiatieven van de grond gekomen die werken met deze principes.

In de geschiedenis van de stedelijke volksgezondheid is dus een golfbeweging zichtbaar. Lag in de negentiende eeuw het accent op openbare hygiëne en ziekte-preventie, vanaf het einde van de eeuw kwam de nadruk op de bestrijding van de ziekten zelf te liggen. Het perspectief verschoof van de stad en het verband tussen volksgezondheid en leefmilieu naar de arts en zijn patiënt. Het was daarmee niet alleen een verschuiving van hygiëne naar zorg, maar ook van het collectieve lokale niveau naar het individuele. Dat was nieuw en revolutionair. Nog nooit eerder werd in zo'n korte tijd de ene na de andere ziekte getransformeerd van een dodelijke dreiging tot een behandelbare kwaal. Maar in de laatste decennia van de twintigste eeuw komen de leefomgeving en de stedeling opnieuw in het blikveld. De gezondheidszorg ondervindt financiële, technische en morele grenzen. Preventie en gezondheidsbevordering lijken daarop een antwoord. De 'public health' benadering is daarmee weer terug van weg geweest en wint aan belang. Een verschil met de negentiende eeuw is dat de burger niet meer enkel het *object* van preventief en gezondheidsbevorderend beleid is, maar ook geacht wordt als *subject* daarin zelf een rol te spelen. Is dat een fundamentele verandering vergeleken bij de campagnes van de hygiënist in de vorige eeuw? Voor een deel is dit zeker het geval omdat de nadruk op participatie van burgers expliciet in nagenoeg alle projecten en beleidsvoorstellen als kenmerk of doel genoemd wordt. Voor een ander deel

niet, omdat het een appel is dat nog weinig weerklank vindt. Participatie in lokaal gezondheidsbeleid in stadsbuurten is de kinderschoenen zeker niet ontgroeid. Het is niet te vergelijken met buurtbewegingen rond de stadsvernieuwing in de jaren zeventig of met de vredes- en milieubeweging uit latere jaren, waarbij grote groepen mensen betrokken raakten. Het internationale Healthy Cities project is, als typerend voorbeeld van lokaal gezondheidsbeleid, echter vooralsnog een beweging van vooral professionals uit de gezondheids- en welzijnssector. Bovendien is de nadruk op de eigen rol van 'gewone' mensen als het gaat om gezonde leefwijzen zeker niet nieuw. Ook de hygiënisten legden bijvoorbeeld bij de voorlichting over de zuigelingenverzorging veel nadruk op het belang van gedragsverandering. Wel nieuw is het streven mensen te betrekken bij het beleid zelf: bij de opzet, uitvoering en evaluatie van lokale gezondheidsprojecten. Daarmee worden nu — zij het nog schaars — de eerste ervaringen opgedaan.

Er is een ander verschil met vroeger. In de loop van de negentiende eeuw ontwikkelde zich de blik van gezondheidskundige interventies die tot doel hadden *het gevaarlijke mengsel van armoede, onbeschaafde levenswijze en ziekte beheersbaar te maken*' (Houwaart 1991a:308), tot een beleid dat gericht was op volksgezondheid voor iedereen. Iedere burger heeft recht op een goede gezondheid. De hygiënisten voegden de gezondheid van de volksklassen en van de hogere standen samen tot één domein: de volksgezondheid. In de huidige tijd lijkt de aandacht weer meer uit te gaan naar de onderkant van de samenleving. Het gaat immers niet meer enkel om het verhogen van de al of niet gezonde levensverwachting, maar om het verkleinen van gezondheidsverschillen. Daarmee zijn in lokaal gezondheidsbeleid de groepen met de minst goede gezondheid weer expliciet onderwerp van interventie. Een verschil is weliswaar dat deze groepen ook als subject van beleid worden gezien, maar toch is het de vraag of er geen sprake is van een nieuw gezondheids- of beschavingsoffensief gericht op de armen.

Er is een sterke gelijkenis tussen de negentiende eeuwse medische plaatsbeschrijvingen van de hygiënisten en de huidige tendens om gezondheid in stadsbuurten in beeld te brengen. Het REBUS-project in Rotterdam bijvoorbeeld doet in de grond hetzelfde als de medische plaatsbeschrijvingen: het op stads- en buurniveau met elkaar in verband brengen van gegevens over aan de ene kant indicatoren van gezondheid (zoals gemiddelde sterfte en ziekte) en aan de andere de determinanten van gezondheid zoals de kwaliteit van de woonomgeving, leefwijzen, beroep, opleiding, inkomen en dergelijke. Maar er zijn ook verschillen. De medische plaatsbeschrijvingen in de negentiende eeuw stonden aan het begin van de ontwikkeling van de statistiek. De huidige technieken zijn veel verfijnder en beter in staat causale relaties te laten zien. Maar ook de registratie van zowel gezondheidsindicatoren als -determinanten stond nog in de kinderschoenen. Vooral de grote steden hebben nu in vergelijking met vroeger een keur van gegevensbestanden waaruit geput kan worden.²

² Overigens spreekt Van Gunsteren (1995) desondanks over *De Ongekende Samenleving*: door toenemende individualisering en het verval van oude waarden en vaste maatschappelijke patronen ten gunste van de hedendaagse pluriformiteit van waarden en patronen lijkt de huidige samenleving weer minder gekend te worden dan enkele decennia eerder.

In de vorige eeuw lieten de hygiënisten voor het eerst zien dat er verbanden waren tussen sterfte en ziekte aan de ene kant en hygiëne en de kwaliteit van het lokale bestuur aan de andere kant. De eerste publikaties over de hoge sterftecijfers van sommige steden (of provincies dan wel stadsbuurten) in vergelijking met andere hebben toen wellicht net zo'n beroering teweeg gebracht als de Vergelijkende Buurtonderzoeken in Amsterdam van de jaren tachtig van deze eeuw. De portee blijft dezelfde. Het laat zien dat er verbanden zijn tussen gezondheid, omstandigheden en bestuur. Één van de huidige drijfveren van de nieuwe aanpak van gezondheidsbeleid is dan ook het streven verschillen in gezondheid die geworteld zijn in verschillen in sociaal-economische status van groepen te verkleinen. Die verschillen zijn in Nederland groot te noemen. Het verschil in gemiddelde levensverwachting tussen de hoogste en laagste sociaal-economische groep bedraagt enkele jaren. Als gekeken wordt naar de *gezonde* levensverwachting (het aantal levensjaren zonder ernstige ziekte of beperking) zijn die verschillen nog groter: voor mannen bedraagt dat verschil tussen de hoogste en de laagste sociaal-economische groep waarschijnlijk zelfs twaalf jaar! (Programmacommissie 1994:7) Statistisch onderzoek naar gezondheid in stad en buurt laat evengoed als in de vorige eeuw zien dat er perspectieven — en dus ook verplichtingen — zijn voor lokaal bestuur en beleid.

In essentie zijn de problemen waar de voorvechters van een betere volksgezondheid bij het politieke bestuur in de vorige eeuw op stuitten nog dezelfde. Er is een ingewikkelde afbakening van verantwoordelijkheden tussen de landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden en overal heerst een chronisch tekort aan geld. Daarbij zijn bestuurders huiverig om maatregelen te treffen die raken aan de persoonlijke vrijheid of aan het vrije markt principe en is er een gebrek aan effectieve controle op eenmaal genomen maatregelen. Ook de milieubeweging heeft — lokaal, maar ook landelijk en mondiaal — met deze belemmeringen te maken.

Opvallend in vergelijking met de situatie in de vorige eeuw is de grote rol die ook nu onderzoek en onderzoekers spelen. In de grote steden in Nederland is vooral door de onderzoeksafdelingen van de openbare gezondheidsdiensten baanbrekend werk verricht. Opmerkelijk is dat de staf van die afdelingen niet alleen een rol heeft in het verrichten van empirisch onderzoek, maar ook een bijdrage levert aan experimenten om nieuwe manieren van gezondheidsbevordering en interventies te ontwikkelen. De samenwerking die in de vorige eeuw gezocht werd met ingenieurs, is door deze nieuwe hygiënisten vervangen door samenwerking met vooral professionals uit de 'zachte' welzijnssector.

Al met al is er voldoende aanleiding om de huidige verschijningsvorm van lokaal gezondheidsbeleid aan onderzoek te onderwerpen. Wat zijn de kenmerken van dit beleid? In hoeverre worden de doelstellingen gerealiseerd? Welke eventuele onbedoelde effecten heeft lokaal gezondheidsbeleid?

7.4 Gezonde steden onderzocht

Deze studie doet verslag van onderzoek dat in twee opeenvolgende fasen is gedaan naar lokaal gezondheidsbeleid. In eerste instantie is een breed verkennend onderzoek gedaan naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten, Canada en Nederland. Doel hiervan was niet alleen de concrete praktijk van dergelijke projecten in beeld te brengen, maar ook de gehanteerde doelen en strategieën te onderzoeken en te preciseren. De reden voor dit laatste is dat deze in de literatuur slechts in vage en algemene termen worden beschreven, zodat niet is vast te stellen of, en in welke mate, de projecten voldoen aan de eigen doelstellingen. Op grond van dit empirisch materiaal zijn de doelen en strategieën scherper geformuleerd. Met dit gedifferentieerde instrument in handen is in de tweede fase van deze studie een meer systematisch onderzoek verricht naar recente gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland: Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag. Op deze manier is het mogelijk en zinvol antwoord te geven op de vraag of de projecten beantwoorden aan de eigen doelstellingen. In dit onderzoek is daarnaast ook gekeken of deze projecten onbedoelde positieve dan wel negatieve effecten genereren.

Verenigde Staten, Canada en Nederland

Veel van de onderzochte projecten in de Verenigde Staten en Canada produceren — onder de paraplu van het uiteindelijke doel gezondheidsbevordering — een concrete dienst waaraan behoefte is gebleken en daaraan gekoppeld educatie en preventie. Het vaststellen van de resultaten is een probleem bij veel projecten. Verbetering van de gezondheid van de doelgroep is slechts op zeer lange termijn meetbaar. De meeste projecten zijn zich hiervan bewust. Maar een probleem is dat opdrachtgevers zoals fondsen of de lokale overheid wél tastbare resultaten op afzienbare termijn willen zien. Projecten komen daaraan vaak tegemoet door de keuze van doelen die afgeleiden zijn van gezondheid. Bestrijding van ontoelaatbare gezondheidsverschillen wordt weinig expliciet in de doelstellingen van projecten genoemd, maar het speelt des meer een impliciete rol. Bijna alle projecten zijn immers gericht op sociaal-economische zwakkere groepen en juist deze groepen hebben een gemiddeld mindere gezondheid en worden met meer gezondheidsrisico's geconfronteerd. Vaak zijn dat etnische minderheden, bewoners van een achterstandsbuurt of juist de combinatie daarvan. Vaak wordt de versterking van de lokale gemeenschap (community) als een indirect doel van lokaal gezondheidsbeleid genomen. Een goed sociaal netwerk in een buurt wordt gezien als bevorderend voor de gezondheid. Een brede definitie van gezondheid is niet alleen een programma-tisch uitgangspunt van veel projecten, het geeft daarnaast ruimte om aan te sluiten bij wat mensen in hun omgeving belangrijk vinden, ook al heeft dat vanuit het project gezien niet direct met gezondheid te maken. In de meeste projecten wordt ervan uitgegaan dat de mensen zelf expert zijn op het gebied van hun eigen gezondheid. Mensen kunnen zelf het beste aangeven wat in hun omgeving als gezond of ongezond wordt ervaren, om van daaruit te proberen controle te krijgen over die omgeving. Het werken met vrijwilligers uit de doelgroep past goed bij deze visie. Het doet een project beter aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep en is zo een betere garantie voor betrokkenheid van de bevolking bij het project. De meeste projecten blijken niet op basis van systematisch onderzoek tot stand te zijn gekomen. Samenwerking tussen instellingen binnen en buiten het terrein van gezondheid en zorg is een

fenomeen dat wel in de meeste projecten aan te treffen is. De meeste, vooral kleinschalige initiatieven in buurten zijn niet in politiek beleid ingekaderd en ontvangen geen overheidssteun.

Ook in Nederland wordt de term gezondheid en daarmee het doel gezondheidsbevordering ruim opgevat: gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Daardoor presenteren projecten in het kader van bevordering van gezondheid — naast activiteiten die een directere link hebben met gezondheid — een breed scala van activiteiten. Bij de onderzochte projecten in Nederland blijkt gezondheidsbevordering evenmin goed te meten en wordt ook hier gewerkt met doelen die afgeleiden zijn van bevordering van de gezondheid. De achtergronden van de initiatieven zijn divers. Feitelijk geconstateerde gezondheidsverschillen zijn slechts in een enkel geval aanleiding tot initiatieven geweest. Wel wordt er de nadruk op gelegd dat het belangrijk is om uit te gaan van behoeften zoals die door mensen verwoord worden. Gesteld wordt dat het serieus nemen van behoeften een voorwaarde voor lokaal gezondheidsbeleid is. Bewoners komen echter veelal pas in de loop van een project aan bod in de rol van meer of minder actieve consumenten van een voorziening. Niet toevallig is het grootste deel van de onderzochte projecten (in de indeling van Checkoway 1988) gericht op het verlenen van een dienst, op educatie of op planning. Toch wordt medewerking van betrokkenen ofwel participatie niet alleen gezien als een sleutel voor een succesvol gezondheidsproject, maar ook als een voorwaarde voor preventie.

Als schaalniveau voor lokale gezondheidsprojecten wordt vanuit allerlei praktische overwegingen steeds de buurt of wijk gekozen. Een belangrijk argument is dat een benadering op buurtniveau minder individualiserend en stigmatiserend werkt dan een benadering waarin mensen los van elkaar als individu worden aangesproken. Een benadering waarin de buurt als ongedifferentieerde geografische eenheid centraal staat komt ook in Nederland weinig voor. Meestal wordt de lokale benadering gecombineerd met een benadering van een specifieke groep. Evenals in de Verenigde Staten en Canada wordt daarbij opvallend vaak gestreefd naar het inschakelen van vrijwilligers uit de doelgroep. Bij de samenwerking tussen vrijwilligers en beroepskrachten die zo ontstaat, zijn er twee wegen te onderscheiden die gelijktijdig bewandeld kunnen worden: de richting van onderen naar boven door het ondersteunen van initiatieven van vrijwilligers door beroepskrachten en de richting van boven naar onderen door het betrekken van vrijwilligers bij initiatieven van de staf. De benaderingen 'van bovenaf' en 'van onderop' blijken versterkend op elkaar te kunnen werken.

Ook in Nederland wordt er vanuit een brede definitie van gezondheid samenwerking gezocht met instellingen op allerlei gebieden buiten de sector gezondheid. Soms is samenwerking verregaand geïnstitutionaliseerd, soms blijft het bij een min of meer informele samenwerking van werkers van verschillende disciplines. Wanneer de optiek van een project een brede definitie van gezondheid is, lijkt het vanwege de doelgroep en als basis voor samenwerking desondanks zinvol aansluiting te houden bij de alledaagse en (dus) smallere betekenis van gezondheid. Daarbij kan een goede zichtbaarheid van het initiatief in de wijk (gebouw, publiciteit) het project zowel naar de doelgroep toe als naar de politiek versterken. Ook in de Verenigde Staten en Canada wordt dit als een belangrijk aspect gemeld. Maar zowel voor de doelgroep als voor de subsidiënten en de politiek betrokkenen is het ook van belang niet

alleen het project of het gebouw zelf, maar ook de resultaten zichtbaar te maken. Een probleem hierbij blijft de slechte onderzoekbaarheid van resultaten en de lange adem die gezondheidsbevorderende projecten vereisen. Dit tegenover staat de roep uit de instellingen en de politiek om snel resultaten te laten zien.

Zoals uit bovenstaande blijkt is het mogelijk de projecten thematisch te beschrijven aan de hand van het doel gezondheidsbevordering, de vier intermediaire strategieën en het gehanteerde territoriale kader. Het bleek echter niet goed mogelijk vast te stellen of de lokale gezondheidsprojecten ook werkelijk kunnen beantwoorden aan deze eigen beoogde doelen. Daarvoor zijn de doelen te vaag en onduidelijk omschreven. Ook de literatuur rond lokaal gezondheidsbeleid en rond het Healthy Cities Project geeft hierover weinig aanwijzingen. Bovendien bleek er eerder sprake te zijn van verschillende aspecten en glijdende schalen dan van scherpe criteria. Zo is bijvoorbeeld bij het beoogde doel 'bevolkingsparticipatie' niet ondubbelzinnig vast te stellen of hiervan wel of niet sprake is. Er zijn verschillende niveaus van participatie te onderscheiden die kunnen variëren van manipulatie tot zelfbestuur. Bovendien is het belangrijk te weten in welke fase van een project participatie plaats vindt. Om hieromtrent meer helderheid te krijgen zijn, met hulp van enerzijds de theoretische aantekeningen uit hoofdstuk vier en anderzijds de empirische bevindingen over de lokale gezondheidsprojecten, de beoogde doelen verder ontrafeld in enkele relevante aspecten. Dit resulteerde in een aantal *schalen* of *continua*. Op elk van de continua bleek het mogelijk een punt aan te wijzen dat kan gelden als een minimumvoorwaarde bij de beoordeling van lokale gezondheidsprojecten. Hieronder komen het doel gezondheidsbevordering, de vier intermediaire strategieën en het gehanteerde territoriale kader achtereenvolgens aan de orde.³

Het doel *gezondheidsbevordering* kan uiteen gelegd worden in drie continua: het niveau waarop gemeten wordt, het type gegevens dat wordt gebruikt en het type onderzoek dat gehanteerd wordt om die gegevens te verzamelen. Het meetniveau kent van laag naar hoog vier ordinale niveaus: input-, en outputmeting op prestatieniveau, resultaatmeting en prestatie-meting, en moet minimaal de prestatie op outputniveau kunnen meten. Bij het type gegevens waarmee het doel gezondheidsbevordering kan worden gemeten is er sprake van de volgende zeven aflopende ordinale niveaus: gezondheid, determinanten van gezondheid, betrokkenheid bij beleid, kennis van determinanten van gezondheid, bekendheid met het beleid, versterking van de beleidsvoorwaarden en de interne kwaliteit van het beleidsproces. Hier geldt dat reële resultaten van lokaal gezondheidsbeleid gemeten moeten kunnen worden aan de hand van de eerste vier niveaus. De verschillende typen onderzoek zijn op nominaal niveau fysiek onderzoek, analyse van bestanden, enquête, onderzoek onder sleutelinformanten en onderzoek naar berichtgeving in lokale media. Deze kunnen afzonderlijk worden ingezet, of in combinatie worden gebruikt. Een resultaatmeting die enkel bestaat uit onderzoek naar de berichtgeving in lokale media lijkt evenwel onvoldoende.

³ De volledig uitgewerkte continua, de 'ijkpunten' en een samenvattend schema staan in de laatste twee paragrafen van hoofdstuk 5.

De intermediaire strategie *gegevens als basis* voor lokaal gezondheidsbeleid kan gesplitst worden in het type gegevens dat gebruikt wordt en het gehanteerde type onderzoek. Bij het type gegevens worden op nominaal niveau vier typen onderscheiden. Het gaat om geconstateerde gezondheidsverschillen, onvrede bij bewoners, geconstateerde gezondheidsbehoeften en een idee of filosofie. Hierbij geldt dat de eerste categorie 'geconstateerde gezondheidsverschillen' gecombineerd moet zijn met 'onvrede, actie bewoners' dan wel met 'geconstateerde gezondheidsbehoeften', omdat een reëel uitgangspunt objectieve gegevens zijn, die gevalideerd worden door subjectieve gegevens. Bij het type onderzoek kan hetzelfde continuüm gebruikt worden als bij gezondheidsbevordering. Ook hierbij geldt dat onderzoek naar de lokale media geen voldoende basis is voor lokaal gezondheidsbeleid.

Intersectorale samenwerking heeft twee continua: de sectoren waarmee samengewerkt wordt en het niveau waarop deze samenwerking plaats vindt. Wat betreft de sectoren waarmee samengewerkt wordt is uitgegaan van het model van Lalonde (1974), dat (op nominaal niveau) onderscheid maakt in biologische, fysieke en sociale factoren, leefwijzen en gezondheidszorg. Samenwerking dient minimaal betrekking te hebben op een of meerdere instellingen buiten de gezondheidszorg die zich bewegen rond fysieke of sociale factoren dan wel leefwijzen. Wat het niveau betreft is onderscheid gemaakt tussen samenwerking op uitvoerend en managementniveau. Samenwerking is reëel indien deze zich gelijktijdig op beide niveaus begeeft.

Politieke betrokkenheid bestaat uit één continuüm: het niveau van politieke betrokkenheid. Achtereenvolgens worden op ordinaal niveau van hoog naar laag onderscheiden: de politiek als vaststeller van een beleidskader, de politiek als opdrachtgever, politieke deelname, politieke dekking en informering van de politiek. Een minimum voor lokaal gezondheidsbeleid is enige politieke dekking en een regelmatige informering van de politiek.

Bij *participatie* kunnen twee schalen onderscheiden worden: het niveau van participatie en de fase waarin participatie plaats vindt. Het niveau van participatie is aan de hand van Arnstein (1969) van hoog naar laag op ordinaal uiteen gelegd in zelfbestuur, gedelegeerde macht, partnerschap, afkopen, consultatie, informeren, therapie en manipulatie. Voor lokaal gezondheidsbeleid vormen de drie niveaus van participatie die onder werkelijke participatie vallen — partnerschap, gedelegeerde macht en zelfbestuur — reële vormen van participatie. Daarnaast moet er sprake zijn van participatie in één, of zo mogelijk meer van de eerste vier fasen waarin participatie kan plaatsvinden: initiatief, ontwerp, uitvoering of evaluatie. Participatie enkel als consument van een gezondheidsproject is niet voldoende.

Het *territoriaal kader* tenslotte kan bekeken worden op het schaalniveau waarop lokaal gezondheidsbeleid plaats vindt. Er zijn op ordinaal niveau vijf stappen onderscheiden: stad, stadsdeel of deelgemeente, wijk of buurt, specifieke groep en specifiek netwerk. Het eerste deel van het continuüm (stad; stadsdeel of deelgemeente; wijk of buurt) vormt geen goed uitgangspunt voor lokaal gezondheidsbeleid. Vanwege het uiteenvallen van stadswijken als gemeenschappen en vanwege de noodzakelijke aansluiting bij de leefwereld van betrokkenen moet er minimaal een toespitsing zijn op een specifieke groep of een bestaand netwerk.

Deze continua en de vastgestelde ijkpunten vormen het instrument waarmee in de tweede fase van het onderzoek recente lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland meer systematisch geanalyseerd zijn.

De vier grote steden in Nederland

In de vier grote steden in Nederland gaat het om het project *Gezonde Stad* van Rotterdam (uitgevoerd in een zestal wijken), om *Gezondheid in de Stadsdelen* in Amsterdam (in de stadsdelen Westerpark en Noord), om *Den Haag Gezond* (in de stadsdelen Centrum en Scheveningen) en om het lokale gezondheidsproject *Beter Eten? Zeker Weten!* in de wijk Zuilen in Utrecht. Opvallend bij de projecten is een bijzondere diversiteit naar grootte van de aanpak, doelgroep, thematiek en een al dan niet structurele inbedding.

In dit onderzoek is gekeken naar de beoogde en naar de onbedoelde effecten van het beleid. De beoogde effecten zijn de voornoemde eigen doelen van de beweging. Deze zijn onderzocht met behulp van de ontwikkelde continua en ijkpunten en de resultaten ervan komen hieronder achtereenvolgens aan de orde. Daarnaast is gekeken naar de onbedoelde effecten van het beleid. Hierop wordt later in de paragraaf ingegaan.

Zonder uitzondering werken de onderzochte projecten met een territoriale aanpak. Steeds wordt gekozen voor een kleinschalige aanpak op stadsdeel-of wijkniveau, zij het dat de omvang hiervan uiteen loopt van 5000 tot 60.000 inwoners. Een benadering waarin de buurt als ongedifferentieerde geografische eenheid centraal staat komt, behalve bij de beide projecten in Den Haag en in eerste instantie bij het project in Zuilen, niet voor. De lokale benadering wordt steeds gecombineerd met een gerichtheid op een specifieke groep. Bij Punt 50, een buurt- en gezondheidsproject in het Rotterdamse Feijenoord waarbij een vaste groep vrouwen vanuit een buurthuis betrokken is, en bij het project in Amsterdam-Noord richt het project zich niet alleen op een specifieke groep, maar ook op een bestaand netwerk.

De basis van alle projecten in de vier grote steden is onderzoek naar gezondheidsverschillen. In enkele gevallen spelen daarnaast initiatieven van bewoners een rol als aanleiding voor de totstandkoming van een project. Herberekening van bestaande stedelijke gegevens naar het buurniveau, een gezondheidsenquête, een behoeftepeiling en vooral onderzoek onder professionele en niet-professionele sleutelinformanten zijn onderzoeksmethoden die het meeste voorkomen. De Gezondheidspeiling Utrecht is het enige voorbeeld van onderzoek waarvan een medische test deel heeft uitgemaakt.

Bij samenwerking gaat het in nagenoeg alle gevallen om samenwerking tussen delen van de gezondheidszorg en instellingen op sociaal gebied. In concreto blijkt het bijna steeds te gaan om samenwerking tussen een gemeentelijke gezondheidsdienst, een of meerdere andere instellingen uit de gezondheidszorg en een of meerdere instellingen uit het welzijnswerk. In alle projecten (Den Haag uitgezonderd) is er sprake van concrete samenwerking op uitvoerend niveau waarbij ook het management van de instellingen betrokken is.

In de elf onderzochte projecten varieert het niveau van politieke betrokkenheid. In alle vier de steden sluit lokaal gezondheidsbeleid aan bij breder beleid in een gemeente, maar dit gebeurt in verschillende mate. In Rotterdam beweegt de politieke betrokkenheid zich op elk van de vijf beschreven niveaus. De politiek creëert het beleidskader, verleent opdrachten en subsidie, neemt deel aan activiteiten, verleent bestuurlijke dekking en wordt geïnformeerd. Dit geldt ook voor Amsterdam, maar hier is lokaal gezondheidsbeleid minder expliciet onderdeel gemaakt van het gemeentelijke beleid. In Den Haag zijn de projecten onderdeel van het gemeentelijk beleid Beter Gezond. Het Voedingsproject in Utrecht tenslotte is lan-

delijk gesubsidieerd en hier is de politieke betrokkenheid diffuser.

Alle projecten op één uitzondering na komen op het punt van bevolkingsparticipatie niet verder dan het niveau van consultatie. Wanneer de twee onderste sporten van de ladder van Arnstein (1969) — manipulatie en therapie — buiten beschouwing worden gelaten, gaat het dus steeds om twee niveaus van participatie: informeren en consultatie. Werkelijke participatie door de bevolking (de drie hoogste sporten) lukt maar in één geval: Punt 50 in Rotterdam. Meestal vindt participatie pas in de laatste projectfase plaats: de consumptie van een nieuwe voorziening of dienst. Bevolkingsparticipatie bij lokaal gezondheidsbeleid is dan ook eerder een streven dan een praktijk die daadwerkelijk in de projecten terug is te vinden.

Slechts in een enkel geval worden effecten in termen van gezondheidsbevordering aan onderzoek onderworpen. Over het algemeen wordt er op het niveau van output-prestaties gemeten en soms op resultaatniveau. Het voedingsproject in Zuilen en de projecten in Rotterdam worden geëvalueerd op de maatschappelijke effecten van het beleid. Er is bij de gezondheidsprojecten overeenstemming te beluisteren over de onhaalbaarheid van effectmeting op korte termijn en over de wenselijkheid ervan op langere termijn. Een feitelijke toename van gezondheid wordt nergens geconstateerd. Er zijn geen onderzoeken bekend waarin de lokale aanpak van gezondheid in steden aantoonbaar geleid heeft tot een waarneembare verkleining van gezondheidsverschillen. Wat betreft het type gegevens wordt, met uitzondering van Feijenoord waar subjectieve beleving van gezondheid is gemeten, als het hoogste niveau enkele malen het niveau 'determinanten van gezondheid' gehaald. Bij het type onderzoek dat gehanteerd wordt, neemt Rotterdam een bijzondere plaats in omdat deze stad als enige een systeem heeft waarin gezondheid en gezondheidsdeterminanten onderwerp zijn van een continue buurtgerichte monitoring. De analyse van bestaande gegevens, een enquête onder deelnemers of onder de doelgroep als geheel, zijn over het algemeen veelgebruikte onderzoeksmethodieken. Daarnaast wordt er vaak gebruik gemaakt van onderzoek onder sleutelinformanten. Fysiek onderzoek ter evaluatie van het effect van gezondheidsprojecten is niet aangetroffen.

Al met al kan vastgesteld worden dat lokaal gezondheidsbeleid zoals dit onderzocht is in Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag bij de territoriale aanpak en bij de strategieën 'gegevens als basis', 'intersectorale samenwerking' en 'politieke binding' positief scoort op de ijkpunten zoals die in de betreffende continua zijn vastgesteld. Bij de strategie 'bevolkingsparticipatie' en bij het uiteindelijke doel gezondheidsbevordering is dit niet het geval.

Naast onderzoek naar bovenstaande bedoelde effecten van lokaal gezondheidsbeleid zijn ook de onbedoelde effecten van dergelijk beleid onderzocht. Het gaat achtereenvolgens om medicalisering en de rol van het territoriale kader, om de effecten van intersectorale samenwerking, om de paradox van de niet-medische benadering en om de gevolgen van een lage bevolkingsparticipatie.

De projecten bleken een breed scala van activiteiten buiten het eigenlijke 'territorium' van gezondheid te vertegenwoordigen. Hierdoor kunnen lokale gezondheidsprojecten beter aansluiten bij wensen en beleving van de doelgroep. Maar ook dragen gezondheidsprojecten er hierdoor toe bij dat steeds meer facetten van het menselijk leven onder invloed komen

van de begrippen ziek en gezond. Dit sluit aan bij het begrip medicalisering van schrijvers als Freidson (1970) en Zola (1972). Die gebieden komen zo onder de norm gezondheid te vallen. Politieke en andere kwesties worden aldus getransformeerd tot gezondheidsproblemen.

De nadruk die gelegd wordt op het lokale niveau speelt in dit verband een dualistische rol. Aan de ene kant blijkt de lokale of buurtaanpak een voorwaarde om aan te kunnen sluiten bij problemen en behoeften die in de lokale context bij mensen spelen. Gezondheidsbevorderende maatregelen of voorlichting die op landelijk niveau ontwikkeld worden zijn hierop immers niet toegesneden. Aan de andere kant dringt gezondheid juist door gebruik te maken van het lokale niveau directer dan voorheen door in het leven van betrokkenen.

De samenwerking met instellingen buiten de sector gezondheid is een logisch vervolg op de brede definitie van gezondheid en is er de praktische invulling en de formalisering van. Het inzicht dat gezondheid slechts voor een klein deel het resultaat is van inspanningen van de gezondheidszorg impliceert logischerwijs een grotere rol voor sectoren die actief zijn op de overige determinanten uit het model. Deze ontwikkeling past bij de basis van het civilisatieproces van Elias: de samenleving wordt gedifferentieerder en daarmee neemt de onderlinge afhankelijkheid van maatschappelijke sectoren toe. Op veel plaatsen zijn er vanuit dit uitgangspunt veelzijdige en succesvolle samenwerkingsverbanden ontstaan. Vaak tonen professionals van uiteenlopende instellingen zich enthousiast voor het thema gezondheid. Hiermee wordt de basis gelegd voor intersectoraal beleid, maar wordt het domein waarop de waarde gezondheid van toepassing wordt geacht ook in praktische zin vergroot. Deze 'binnenkomst' van het thema gezondheid wordt dan ook niet door iedere potentiële samenwerkingspartner van buiten de gezondheidszorg gewaardeerd. In een enkel project, Punt 50 in Rotterdam, is weerstand tegen de disciplinerende macht van de geneeskunde te herkennen zoals Foucault die beschrijft. Er wordt immers toezicht gecreëerd, er is controle en mensen worden door onderzoek vergelijkbaar gemaakt in beschrijvingen en getallen.

Er blijkt sprake van een paradox. Het verzet van professionals van de openbare gezondheidsdiensten tegen de 'artsenbenadering' van gezondheid mondt uit in een niet-medische, sociale benadering van gezondheid. Maar juist door af te stappen van een smalle, medische benadering van gezondheid en ruimte te maken voor leefwijzen en sociale en fysieke factoren, komen meer en meer dimensies van het menselijk bestaan onder de norm gezondheid te vallen en kan de eigen verantwoordelijkheid die mensen voor hun gezondheid hebben in het gedrang komen. Maar ook onttrekken mensen zich soms zelf aan de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, wanneer zij zich niet aan laten spreken op de eigen leefwijzen en de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid 'doorschuiven' naar de overheid.

Er is een verband tussen het niveau waarop participatie plaats vindt en medicalisering en disciplineren. Gesteld kan worden dat hoe lager het niveau van participatie is, hoe sterker lokaal gezondheidsbeleid kenmerken van medicalisering en disciplineren zal hebben. Bij een laag niveau van participatie is er immers sprake van het ongevraagd binnendringen van de kwestie gezondheid, zonder dat gezondheid als thema of waarde actief door betrokkenen wordt binnengehaald. Op één uitzondering na — Punt 50 in Feijenoord — bleek er in geen van de lokale gezondheidsprojecten sprake van werkelijke participatie van niet-professionals. Dat betekent dat in die gevallen bevolkingsparticipatie niet kan fungeren als een tegenkracht

tegen de normeringsmacht van gezondheid. Overigens is in Punt 50 andersom juist sprake van onbedoelde emanciperende effecten: ook al vindt er geen directe vergroting van het gezondheidskapitaal plaats, deelname in gezondheidsprojecten kan resulteren in opwaartse sociale mobiliteit door toegenomen opleiding en door profijt van sociale netwerken die in en rond het project zijn ontstaan. Gezondheid blijkt daarnaast onbedoeld een geschikt thema om migrantenvrouwen uit een sociaal isolement te halen.

Tenslotte blijkt dat de theorieën over medicalisering en disciplineren te weinig specifiek zijn om te laten zien hoe de mechanismen van medicalisering en disciplineren de verschillende maatschappelijke groepen steeds verschillend raken. Om dit probleem te ondervangen is in hoofdstuk vier het concept *culturen van gezondheid* ontwikkeld. Lokaal gezondheidsbeleid zal zich — wil het beleid succesvol zijn — rekenschap moeten geven van de cultuur van gezondheid van de doelgroep.

De aansluiting bij de cultuur van gezondheid van de beoogde doelgroep was in het project Punt 50 in Rotterdam vanaf het begin een gegeven, omdat het initiatief vanaf het begin bij niet-professionals lag. De twintig vrouwen hebben een doorslaggevende rol in de opzet en voortgang van het project. Daardoor is het haast vanzelfsprekend dat hun visie en hun normen rond gezondheid voorrang hebben. Dat is paradoxalerwijze ook te zien in het feit dat ze — vanuit hun egalitaire cultuur van gezondheid⁴ — verzet aantekenden tegen de affichering van Punt 50 als gezondheidsproject. In twee andere projecten, het Tandzorgproject Allochtonen en het project Migranten en Gezondheid in Amsterdam, is expliciet onderzoek gedaan naar de cultuur van gezondheid van de beoogde doelgroep. Voordat het Tandzorgproject Allochtonen in Westerpark van start ging was uit de gezondheidsenquête onder inwoners van het stadsdeel Westerpark gebleken dat een groot deel van de migranten geen eigen tandarts heeft. Er is toen niet gekozen om direct te starten met voorlichtingsactiviteiten om migranten ertoe aan te zetten vaker naar de tandarts te gaan, maar men heeft eerst geprobeerd te achterhalen wat de culturele achtergrond hiervan was en er vervolgens de opzet van het project op afgestemd. In het project Migranten en gezondheid in de Van der Pekbuurt is onder andere gewerkt met 'gezondheidsportretten' die zicht geven op de culturen van gezondheid zoals die bij Turkse en Marokkaanse migranten voorkomen. De gezondheidsportretten lieten zien hoe belangrijk het was via het op te zetten Gezondheidsinformatiecentrum te werken aan de moeilijke relatie tussen migranten en de Nederlandse gezondheidszorg. Voor de fatalistische cultuur van gezondheid⁵ is het belangrijk om ondersteuning te krijgen

⁴ Groepen die een sterke groepsbinding hebben, maar inhoudelijk niet georiënteerd zijn op de algemene (burgerlijke) principes over gezondheid. Het gaat vooral om de traditionele arbeidersklasse in de oude en naoorlogse stadswijken in de steden.

⁵ Mensen met een fatalistische cultuur van gezondheid worden sterk gestuurd door regels voor gezond leven en maken in geringe mate deel uit van een groep. De regels die gevolgd worden zijn niet ingebed in een groepscultuur. Het prototype is de gehospitaliseerde patiënt. Deze leidt een geïsoleerd leven dat volkomen gedomineerd wordt door het medische regime. Raster en het ontbreken van een groepsbinding zijn hier samengebond in de organisatie en het gezag van het ziekenhuis.

bij de omgang met de gezondheidszorg en voor de hiërarchische cultuur⁶ kan het centrum linken leggen tussen de Westerse en de etnische gezondheidszorg.

In de andere projecten lag de relatie met culturen van gezondheid diffuser. Bij het Utrechtse Voedingsproject ontdekten men bijvoorbeeld pas in de loop van het project dat gezonde voeding in de wijk een negatief imago bleek te hebben. Het project kwam daarmee min of meer in een patstelling terecht, omdat het thema voeding al vanaf het begin vaststond en vervolgens geen aansluiting bij de wijkbewoners bleek te hebben. In Den Haag lag deze kwestie andersom. Men vindt hier dat elk initiatief dat niet direct uit de wijk afkomstig is, het opleggen van een stramen aan bewoners is. Activiteiten kunnen alleen dan aansluiten bij bewoners, wanneer het initiatief ook van die bewoners afkomstig is. Het gevolg hiervan is dat er nauwelijks concrete activiteiten worden ondernomen. In Amsterdam kiest men een andere benadering. Hier zwakt men de rol van onderzoek naar gezondheidsverschillen als basis voor lokaal gezondheidsbeleid af, juist om aan te kunnen sluiten bij de sociale werkelijkheid van bewoners en instellingen. De subjectieve beleving van gezondheid en de determinanten die bewoners zelf als invloed op hun gezondheid zien, krijgen ook een nadruk. Men hoopt zo op een meer herkenbaar onderzoeksresultaat dan het geval zou zijn geweest met een 'objectieve' benadering van gezondheid.

De cultuur van gezondheid van de doelgroep blijkt in de meeste projecten een thema te zijn. In drie projecten is hieraan expliciet gestalte gegeven. In de overige projecten is er geen herkenbare vorm aan gegeven.

7.5 De betekenis van lokaal gezondheidsbeleid

Uit deze studie blijkt dat het niet eenvoudig is een bijdrage te leveren aan het belangrijkste doel van lokaal gezondheidsbeleid, het verkleinen van gezondheidsverschillen. Lokaal gezondheidsbeleid stuit hier op grenzen. Ook de territoriale aanpak blijkt beperkingen te hebben en dat geldt evenzeer voor de nagestreefde bevolkingsparticipatie. Om tot een reëler perspectief voor lokaal gezondheidsbeleid te komen, wordt in deze paragraaf voor elk van deze drie punten achtereenvolgens nagegaan waar die grenzen liggen, wat ondanks die grenzen het belang ervan is en onder welke voorwaarden dit belang beter tot zijn recht kan komen.

Grenzen

Lokaal gezondheidsbeleid kent grenzen die hieronder aan de orde komen. Het gaat om grenzen die te maken hebben met het hardnekkige bestaan van gezondheidsverschillen, om de beperkingen die het lokale niveau met zich mee brengt en om de grenzen van bevolkingsparticipatie.

⁶ De oppassende burger, een typisch hogere en middenklasse-patroon, staat model voor de hiërarchische cultuur van gezondheid. Het is een gedragspatroon waarvan de inhoudelijke oriëntatie dicht bij de uitgangspunten van de gezondheidszorg staat en waarin een sterke binding in een groep bestaat.

Een eerste grens van lokaal gezondheidsbeleid betreft de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Lokale gezondheidsprojecten bleken nauwelijks in staat gezondheidsverschillen te verkleinen. Blijkbaar zijn de mogelijkheden daartoe beperkt. Het is de moeite waard te bezien waar de grenzen van een dergelijk beleid liggen. Op de eerste plaats is sociale ongelijkheid een fundamenteel kenmerk van de samenleving. De basis van gezondheidsverschillen is sociaal-economisch en dat is een moeilijk veranderbaar basis-stramien van onze samenleving. Het valt in elk geval buiten het directe bereik van gezondheidsbeleid. Daarbij komt dat er al veel langer landelijk en gemeentelijk beleid op het gebied van sociaal-economische achterstand is en het wellicht niet erg wenselijk is dat ook gezondheidsdiensten zich daarmee intensief gaan bemoeien. Er zijn soms weerstanden wanneer gezondheidsdiensten zich gaan bemoeien met het beleid van andere sectoren. Men klaagt over 'wittejassen-betweterij' en vermeende deskundigheid, over vage en onbewezen aannames en over populistische verwijzingen naar gezondheid die iedereen immers van belang vindt.

Daarbij komt nog dat het tij tegen is: gezondheidsverschillen nemen de laatste decennia juist toe. Ondanks de stijging van de gemiddelde levensverwachting van alle sociale groepen, worden de verschillen in gezondheid tussen de maatschappelijke groepen in Nederland de laatste decennia weer groter. Vooral de omslag in hart- en vaatziekten speelt daarin een rol. De daling van de sterfte aan hartziekten is bij de hogere sociaal-economische groepen eerder begonnen en is meer uitgesproken geweest dan bij de lagere sociaal-economische groepen (Mackenbach 1994:31). Een oorzaak hiervan is de verandering in leefwijzen. In de hogere sociaal-economische groepen is men zich eerder een gezondere leefwijze gaan aanmeten (zoals minder roken, meer bewegen en een betere omgang met spanningen). Het lijkt erop dat de hogere sociale klassen de waarschuwingen voor de gevaren van een ongezonde leefwijzen en de voorlichting voor hoe het wel moet, eerder en beter hebben opgepikt. Zo bezien hebben de lagere sociale klassen minder profijt gehad van het voorlichtingsbeleid van de overheid dat erop gericht was (en is) de gezondheid van iedereen te bevorderen. De welvaartsstaat is weliswaar een vangnet voor de laagste sociaal-economische groepen, maar heeft ook het aspect in zich van het vergroten van sociale ongelijkheid.⁷ Deleeck (1988:325) stelt in algemene zin dat onder invloed van sociaal-culturele en sociaal-politieke factoren een groot aantal voordelen van het sociale overheidsbeleid tendentieel en verhoudingsgewijs meer naar de hogere dan naar de lagere sociale categorieën gaan. Het streven om gezondheidsverschillen te verkleinen heeft, kortom, de wind tegen.

Over het algemeen wordt een beoordeling van het effect van gezondheidsprojecten in termen van feitelijke verbetering van gezondheid voorlopig als niet haalbaar beschouwd. Dit komt overeen met de onderzochte praktijk van lokale gezondheidsbeleid: een feitelijke verbetering van de gezondheid als resultaat van een gezondheidsproject wordt nergens geconstateerd. Ook Gepkens en Gunning-Schepers (1993) komen na een onderzoek naar interventies ter verkleining van gezondheidsverschillen tot een vergelijkbare conclusie. Een

⁷ Er is een parallel te trekken met de cultuursubsidies. Deze subsidies op bijvoorbeeld schouwburgkaartjes en kunstaankopen zijn bedoeld voor iedereen, maar vooral de hogere sociaal-economische groepen maken gebruik van deze voorzieningen en 'consumeren' dus de subsidies.

meetbaar effect op de gezondheidssituatie door een gezonde stad benadering is overigens niet makkelijk vast te stellen. De effecten zijn niet op termijn van enkele jaren, maar wellicht pas op veel langere termijn vast te stellen. Bovendien is het onderzoek naar oorzakelijke verbanden tussen gezondheid en determinanten van gezondheid nog niet in een stadium beland dat het effect van afzonderlijke factoren op gezondheid bekend is. Het gaat om bijzonder complexe relaties. In de evaluatie van het Westerparkproject in Amsterdam verzucht men dat het in tijden van cholera een stuk makkelijker was om vast te stellen welke interventie het meeste effect sorteerde. Het lijkt dan ook niet reëel lokale gezondheidsprojecten af te rekenen op deze korte termijn effecten. Prestatiemeting (naar input en output), en vervolgens resultaatmeting als inspanningsverplichting, lijkt het hoogst haalbare. Dit betekent dat het type gegevens waarmee vastgesteld wordt of er al dan niet sprake is van bevordering van gezondheid, niet op de groep of wijk als geheel betrekking kan hebben, maar hooguit op de bereikte doelgroep. Dat neemt niet weg dat het noodzakelijk is om, zoals de Rotterdamse gezondheidsmonitor REBUS doet, te kijken naar ontwikkelingen in gezondheidsverschillen tussen groepen en tussen stadsbuurten. Als enige beoordelingscriterium en als financieringsgrondslag is het echter niet geschikt.

Op de tweede plaats heeft ook de gerichtheid op het lokale niveau, de *community*-benadering, grenzen. Zo blijken de determinanten van gezondheid maar voor een klein deel op buurniveau te liggen. Enkel factoren uit de fysieke omgeving en wellicht een negatieve cultuur van gezondheid als leefwijze spelen een rol op het niveau van de buurt of wijk. Vervolgens is er de onbeïnvloedbaarheid van maatschappelijke en economische factoren op lokaal niveau. Maatschappelijke verschijnselen als individualisering, ontwikkelingen in de werkgelegenheid, of het opleidingsniveau spelen zich af op regionaal, landelijk of zelfs mondiaal niveau en onttrekken zich aan het stads- of buurniveau. Gezondheid is dus maar voor een klein deel door lokaal beleid beïnvloedbaar. Het is zinvol een vergelijking te maken met de *War on Poverty* in de Verenigde Staten. Het mislukken hiervan wordt toegeschreven aan het feit dat de aard en de oorzaken van armoede vooral werden beschreven in termen van gedrag en cultuur op individueel of buurniveau en niet in termen van economische en politieke structuur (Heclo 1994). Men probeerde individuen en gezinnen toe te rusten voor werk en de armoedecultuur te doorbreken. Maar de structurele problemen zoals het tekort aan geschikte banen werden niet aangepakt. Ook lokaal gezondheidsbeleid loopt het gevaar enerzijds pretenaties voor te spiegelen rond opleiding, arbeid en inkomen die niet waar te maken zijn en anderzijds de nadruk te leggen op participatie en gedrag met voorbijgaan aan de oorzaken van structurele maatschappelijke ongelijkheid.

Tevens moet gewezen worden op de mogelijke inefficiëntie van een lokale aanpak. Lokale gezondheidsprojecten zijn zeer arbeidsintensief en dus duur. Dit soort projecten zijn in deze vorm waarschijnlijk niet op grote schaal toepasbaar. De manier van werken is veelbelovend, maar er zouden wegen ontwikkeld moeten worden om het minder arbeidsintensief en dus minder kostbaar te maken. Maar in de huidige beginfase van lokaal gezondheidsbeleid zijn experimenten met allerlei aspecten van dit beleid van groot belang. Projecten zijn er vaak expliciet op gericht ervaring op te doen met zaken als samenwerking tussen uiteenlopende

instellingen, betrokkenheid van bewoners, het opbouwen van een relatie met het politieke bestuur en dergelijke. Het ligt voor de hand het succes van een lokaal gezondheidsproject óók te beoordelen in termen van een bijdrage aan de ontwikkeling van nieuwe en goedkopere werkwijzen. Inmiddels zijn er voorbeelden van project-verslagen die dit ontwikkelingsperspectief verdisconteren (Van de Vegte 1995, Sweep 1994b en De Ceuninck van Capelle et al. 1994).

In lokaal gezondheidsbeleid wordt soms uitgegaan van een concept van de buurt als -gemeenschap of *community*. Er wordt gerekend op overeenstemming tussen bewoners en gebruikers van een buurt als het gaat om belangrijke waarden en verwachtingen. Coöperatie wordt gezien als de gebruikelijke omgangsvorm. Met name in de grootstedelijke wijken klopt dit niet meer. Het beeld van de buurt als arena staat wellicht dichter bij de werkelijkheid dan het beeld van de buurt als gemeenschappelijke domein. Streven naar coöperatie kan dan beter vervangen worden door streven naar vreedzaam samenleven. In lokale gezondheidsprojecten in vooral Amsterdam en Rotterdam wordt inmiddels eerder gewerkt vanuit dit concept van vreedzaam samenleven (bijvoorbeeld bij de bestrijding van racisme en onveiligheid) dan dat men zich oriënteert op een wijk- of buurtgedachte.

Bevolkingsparticipatie is de derde grens waarmee lokaal gezondheidsbeleid te maken heeft. Op het punt van bevolkingsparticipatie komen alle onderzochte projecten op één uitzondering na niet verder dan het niveau van consultatie. Meestal vindt participatie pas in de laatste projectfase plaats: de consumptie van een nieuwe voorziening of dienst. Bevolkingsparticipatie bij lokaal gezondheidsbeleid bleek eerder een streven of een ideologie dan een praktijk die daadwerkelijk in de projecten terug is te vinden. Bevolkingsparticipatie heeft met macht te maken. Er zijn wat dat betreft ook hier lessen te leren uit de *War on Poverty* in de Verenigde Staten in de jaren 60. Daar is ook geprobeerd bevolkingsparticipatie gestalte te geven. Belangrijk onderdeel van de War on Poverty was het *Community Action Program*, een verzameling van meer dan duizend door de overheid gefinancierde anti-armoede instellingen in stadsbuurten. Hun taak was vooral de coördinatie van de hulpverlening en de overbrugging van de afstand tussen de hulpverlening en de armen. De taak van community action bleek bemoeilijkt te worden doordat de plaatselijke instellingen niet bereid waren hun autonomie op te geven. Daarbij speelde ook een rol dat de beoogde participatie door de armen vooraf niet duidelijk was omschreven. In enkele steden slaagden anti-armoede activisten erin de leiding voor het Community Action Program uit handen van de lokale elite te krijgen (dat gebeurde vooral in steden waar een sterke onafhankelijke beweging van zwarten bestond), maar meestal wisten de burgemeesters directe participatie te beperken door een centraal bestuur te handhaven en te werken met politieke benoemingen in dat bestuur. Doorgaans verleende het Community Action Program diensten aan de armen, zonder dat er sprake was van participatie in het programma door de armen zelf. Opmerkelijk was dat er weinig banden waren met de talloze, vooral zwarte basisbewegingen tegen armoede en achterstelling. Vaak waren acties vanuit deze bewegingen juist tegen het 'anti-armoede establishment' gericht (Wilson 1987, Jackson 1993 en Heclo 1994). Dat laatste valt bij lokaal gezondheidsbeleid niet direct te constateren, maar wel is duidelijk dat participatie bij lokaal gezondheidsbeleid een machtsbasis ontbreekt.

Relevantie

Ondanks de grenzen die hierboven geconstateerd zijn, bestaan er goede redenen om lokaal gezondheidsbeleid te voeren. De argumentatie die hieronder uitgewerkt wordt is op de eerste plaats terug te voeren op het belang van gezondheid bij de bestrijding van achterstand. Een tweede achtergrond is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een derde achtergrond is het belang van bevolkingsparticipatie en tenslotte worden argumenten geput uit het lokale perspectief bij lokaal gezondheidsbeleid.

Op de eerste plaats is gezondheid — zoals we hebben gezien — daadwerkelijk een factor die van waarde is bij het behalen van maatschappelijk succes. Een goede gezondheid zou voor de hoger gekwalificeerde banen zelfs een voorwaarde zijn.⁸ Investeren in een goede gezondheid vergroot de kansen op opleiding en beroep. In achterstandsbuurtten met een hoge werkeloosheid is dit een factor die nog onvoldoende aandacht geniet. Lokaal gezondheidsbeleid biedt daarnaast interessante neveneffecten: een bijdrage aan het opheffen van sociaal isolement, aan scholing of aan perspectieven op betaalde arbeid. Lokale gezondheidsprojecten zijn één van de verschijningsvormen van de maatschappelijk tendens van het toenemende belang van gezondheid als kapitaal, zoals onder andere blijkt uit de sterke toename van het aantal gezondheidskeuringen bij sollicitaties. Dit kan betekenen dat gezondheid als selectiemechanisme voor andere vormen van kapitaal (economisch en sociaal) belangrijker aan het worden is. Het persoonlijke volume van gezondheidskapitaal bepaalt mede de kansen op opleiding en werk. Voor mensen zonder werk kan een mindere gezondheid een beletsel zijn om weer aan het werk te komen of om met succes een her- of bijscholing te volgen. Dit is van belang om in het oog te houden bij beleid ter bestrijding van langdurige werkeloosheid en bij scholingsbeleid.⁹

Een tweede argument betreft het terugdringen van grote gezondheidsverschillen. Deze zijn politiek en maatschappelijk een moeilijk te verteren gegeven. Immers, gezondheid wordt algemeen van zeer groot belang geacht, terwijl gelijkheid van kansen evenzeer hoog in het vaandel staat bij nagenoeg alle politieke partijen. Daarnaast zijn het terugdringen van het verlies aan produktiviteit door ziekte en wellicht vermindering van de kosten van de gezondheidszorg goede beweegredenen. Een interessant gegeven hierbij is dat er internationaal een verband is tussen de grootte van de inkomensverschillen — een belangrijke achtergrond van gezondheidsverschillen — en de totale gemiddelde levensverwachting. Hoe kleiner de sociaal-

⁸ Dit werd naar voren gebracht door de voorzitter van de Programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen prof. dr. L. Ginjaar op het afsluitende symposium van de commissie op 10 februari 1994. Overigens wijst Schnabel erop dat in vroeger eeuwen ziek zijn een luxe was die alleen de rijken zich konden permitteren. De armen hadden hun gezondheid van dag tot dag nodig als produktiemiddel. De arbeiders die hun gezondheid als kapitaal het meeste nodig hadden, waren het minste in de gelegenheid voor de eigen gezondheid te zorgen. Pas de invoering van de algemene ziektekostenverzekering heeft dat beeld veranderd.

⁹ Bij de vergroting van dit gezondheidskapitaal past overigens een kanttekening. Een bereikte langere levensduur (een belangrijke maat bij het bepalen van aan sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen), of — geformuleerd als een modernere doelstelling — een compressie van morbiditeit, zegt op zich weinig als dit niet gekoppeld wordt aan de kwaliteit van leven zoals betrokkenen die ervaren. Langer leven is immers niet hetzelfde als levensgeluk. De vraag is of niet veeleer de *gezonde* levensverwachting en niet de levensverwachting sec een interessant doel is. Maar uiteindelijk zou het niet alleen moeten gaan om bevordering van de gezondheid van individuen of groepen, maar om de verbetering van de kwaliteit van het leven.

economische verschillen in een land, hoe hoger de gemiddelde levensverwachting (Mackenbach 1994:78-79). Vermindering van inkomensverschillen en van verschillen in gezondheid is zo gezien niet alleen het belang van de minst bedeelden, maar versterkt ook de bevolking als geheel.

Een derde argument verwijst naar het streven bevolkingsparticipatie te realiseren. Het streven de bevolking bij gezondheid en gezondheidsbeleid te betrekken is zoals gezegd een belangrijke doelstelling van de huidige lokale gezondheidsprojecten en dat is althans in theorie een verschil met het werk van hygiënisten uit de vorige eeuw. Bevolkingsparticipatie wordt belangrijk geacht omdat vooral mensen met een sociaal zwakke status hierdoor greep kunnen krijgen op factoren die op hun gezondheid van invloed zijn en omdat de eigen leefwijze een belangrijke determinant van gezondheid is. Ook is er een meer directe samenhang tussen participatie en gezondheid: waar sociaal isolement een gezondheidsbedreigende factor is, is maatschappelijke participatie een factor die een positieve invloed op gezondheid heeft. Ook zijn er goede redenen om gezondheidsbeleid op lokaal niveau vorm te geven. Zo manifesteren gezondheidsverschillen zich het duidelijkst op lokaal niveau en hebben burgers op lokaal niveau de meeste kans om invloed op beleid uit te oefenen, omdat de instellingen immers meer nabij zijn en er wellicht een gedeelde cultuur in een overzichtelijke situatie is. Omgekeerd zijn er op lokaal niveau de meeste mogelijkheden om burgers op gezondheid aan te spreken. Samenwerking tenslotte is op lokaal niveau minder moeilijk te realiseren dan op regionaal of landelijk niveau.

Een vierde en laatste perspectief is de rol die het fenomeen gezondheid wellicht speelt als integrerend moment in buurten. Lokaal gezondheidsbeleid moet rekening houden met een buurt als een min of meer losse verzameling individuen en kleine netwerken. Maar gezondheid wint in de ogen van iedereen aan belang. Een goede gezondheid staat inmiddels nummer één op het verlanglijstje van de gemiddelde Nederlander. Op het punt van gezondheid lijken we elkaar te begrijpen. *'In onze pluriforme samenleving is 'gezondheid' een van de fundamentele interpretatiekaders geworden, en — wat belangrijker is — een van de weinig gemeenschappelijke interpretatiekaders (...) Terwijl over morele zaken minder consensus is te bereiken, wordt de normativiteit van het gezondheidsbegrip steeds algemener onderschreven.'* (Ten Have 1988:22) Het is wellicht de moeite waard te onderzoeken of gezondheid, in de zin van een gemeenschappelijk begrip van gezondheid en een gemeenschappelijke zorg voor (bedreiging van) de gezondheid, een rol kan spelen als integratiekader in buurten.

Voorwaarden

Lokaal gezondheidsbeleid kan een steviger effect sorteren wanneer de voorwaarden waaronder dit beleid uitgevoerd wordt verbeterd worden. Hieronder worden achtereenvolgens uitgewerkt: de rol die de buurt speelt bij de bestendiging van gezondheidsverschillen, de spanning tussen professionele en buurtinitiatieven in de aansluiting bij de leefwereld van betrokkenen, de rol van onderzoek en informatie in een cultuur van armoede, de brede definitie van gezondheid, het schaalniveau van gezondheidsbeleid, het streven naar de-medicalisering.

Een eerste voorwaarde is meer helderheid over de feitelijke rol de buurt speelt als oorsprong of bestendiging van gezondheidsverschillen. Dit is een kwestie die tot nu toe onderbe-

licht is gebleven. Is het de optelsom van de sociaal-economische status van de inwoners, gedeeld door hun aantal? Of is er meer aan de hand? Savage en Warde (1993) laten in hun behandeling van de processen van sub-urbanisatie en van gentrification zien dat de te onderscheiden woonbuurten of stadsdelen niet simpelweg ontstaan omdat bestaande sociale groepen ervoor kiezen daar te wonen. De relatie is ook andersom: ook de stedelijke omgeving is een factor bij de totstandkoming van stedelijke groepen met gedeelde waarden en perspectieven. *'We want to show (...) that the urban form is not simply the effect of the housing preferences of preconstituted social groups. Although structural inequalities are not themselves affected by residential patterns, the wider formation of people into social groups is very strongly affected by the existence of a suitable habitat. Hence the production of specific types of urban environment is itself a vital factor in the formation of groups with shared cultural values and outlooks.'* (Savage en Warde 1993:76) De stedelijke omgeving, of concreter het type woonbuurt, is dus niet rechtstreeks van invloed op sociale ongelijkheid en daarmee op sociaal-economische gezondheidsverschillen. Maar de stedelijke omgeving is daarentegen wel een factor in de vorming van culturele waarden en perspectieven van sociale groepen en dus in de vorming van specifieke culturen van gezondheid. Savage en Warde menen echter ook dat deze stelling nog weinig empirisch onderlegd is. Zij pleiten dan ook voor herhaalde etnografische studies die zicht kunnen geven op veranderingen in het alledaagse leven in steden. Dit advies kan ook bij de problematiek van de ongelijke verdeling van gezondheid ter harte worden genomen. Hoe komt de concentratie van lage sociaal-economische status en ongezondheid in sommige buurten tot stand en hoe persisteert die concentratie? Spelen zowel causatie als selectie een rol? Wat is de rol van een mogelijke armoede-cultuur of cultuur van gezondheid in de bestending van gezondheidsproblemen?

Op de tweede plaats is het voor geslaagd lokaal gezondheidsbeleid een voorwaarde om de aansluiting bij bewegingen en veranderingen in de stadswijken niet te missen. Er bestaat hierbij een spanning — maar geen tegenstelling — tussen aan de ene kant vertrouwen wekken door als professional zaken aan te pakken waarvan de inschatting is dat deze voor mensen van belang zijn, en aan de andere kant terughoudendheid om te voorkomen dat eigen initiatieven uit handen van individuen of groepen genomen worden. Deze spanning dient niet uit de weg gegaan te worden, maar juist werkbaar gemaakt te worden. Aansluiting bij de leefwereld en de cultuur van gezondheid van betrokkenen is voorwaarde, maar dat wil niet zeggen dat professionals geen eigen verantwoordelijkheid hebben om thematieken aan de orde te stellen. Daadwerkelijke participatie betekent ook, zo leert het voorgaande, dat professionals en instellingen die actief zijn op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid ten gunste van bewoners en vrijwilligers afscheid moeten nemen van de eigen professionele autonomie. Het onderzoek liet zien dat men zich hiervan in een enkel geval bewust is en dat professionals worstelen met de consequenties die dit heeft voor het eigen handelen en dat van de instelling.

Een derde voorwaarde betreft de rol van gezondheidsonderzoek bij lokaal gezondheidsbeleid. Ook al is aan de voorwaarde van gedeelde autonomie van bewoners en professionals voldaan, toch is bevolkingsparticipatie in lokaal gezondheidsbeleid niet op afroep tot stand te brengen. De voorwaarden voor participatie die Westpalm van Hoorn (1975) formuleerde zijn een goed instrument om te voorspellen waar participatie slaagt en waar niet. Als er in

een wijk in de beleving van bewoners geen kwesties spelen op het gebied van gezondheid, kan dat niet zomaar door professionals geconstrueerd worden door bijvoorbeeld te verwijzen naar gezondheidsproblemen die uit epidemiologisch onderzoek naar voren komen. Bewoners, maar ook hulpverleners zijn immers geen onderzoekers in spe die stappen ondernemen als onderzoeksresultaten daartoe aanleiding geven. De presentatie van onderzoeksresultaten aan sleutelinformanten (professionals en bewoners) met het doel actiepunten te formuleren en samenwerking te creëren blijkt dan ook niet te werken. De strategie om empirische gegevens als basis voor een gezondheidsproject te nemen, speelt hierbij een ambivalente rol. Aan de ene kant is het natuurlijk verstandig een project niet op drijfzand te baseren en uit te gaan van solide gegevens over gezondheid en gezondheidsdeterminanten. Maar tegelijk zeggen de meeste gegevens over gezondheidsdeterminanten weinig over de rol die deze spelen in het leven van betrokkenen. Een gezondheidsprobleem dat 'objectief' in een buurt bestaat, hoeft door bewoners beslist niet als zodanig ervaren te worden. De opbouw van een project vanuit dit soort gegevens botst met het zoeken van aansluiting bij de leefwereld van betrokkenen. Dat bleek het sterkste in het Voedingsproject in Utrecht, waar ongezonde voeding weliswaar uit onderzoek als probleem naar voren kwam, maar door bewoners niet als zodanig ervaren werd. In het project Migranten en Gezondheid in Amsterdam-Noord is geprobeerd op een gelijkwaardige manier gebruik te maken van de onderscheiden soorten van kennis: de wetenschappelijke kennis van de onderzoekers, de professionele kennis van de betrokken beroepskrachten en ervaringskennis van migranten zelf. Het lijkt een zinnige rol van onderzoek in lokaal gezondheidsbeleid. Bovendien bleek het gebruik van een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden een overstap van onderzoek naar actie mogelijk te maken. De daarvoor ontworpen variant van de Delphi-methode bleek een activerende en motiverende bijdrage te kunnen leveren.

Belangrijk is dus welke ervaringen mensen hebben en hoe ze die ervaringen interpreteren. De leefwereld van de mensen zelf is met andere woorden van belang. Maar als vervolgens mensen zichzelf niet in staat achten iets aan de problematiek te doen, zal betrokkenheid toch niet tot stand komen. En daar zit een probleem. Een dergelijk 'zelfvertrouwen' is niet gelijk over de samenleving verdeeld. Met name groepen met een lage sociaal-economische status hebben weinig vertrouwen in de maakbaarheid van de toekomst. Dit is een van de aspecten van de *culture of poverty* (Lewis 1966). Achterstandsgroepen kennen, sterker dan andere groepen, een laag aspiratieniveau en een kort tijdsperspectief en streven naar directe behoeftebevrediging. Dat gaat samen met gevoelens van machteloosheid, apathie en een minder vertrouwen in het eigen kunnen. Deze cultuur-elementen kunnen van generatie tot generatie worden doorgegeven en maken ontsnapping aan de cultuur van armoede moeilijk. Walle (1990) introduceert het concept *informatieghetto*: de behoefte aan informatie bij achterstandsgroepen blijft beperkt tot informatie uit de eigen groep en heeft weinig relatie met de buitenwereld. Mensen in achterstandssituatie maken daarbij vaak deel uit van *parochiale netwerken*. Dat zijn netwerken waarin, in tegenstelling tot *kosmopolitische* netwerken, een relatief sterk onderscheid is tussen binnen en buiten de groep, waarin over het algemeen meer relaties voorkomen met familieleden dan met vrienden en waarin relaties geografisch beperkt zijn. Men is geneigd buitenstaanders achterdochtig te benaderen en informatie is

meer gericht op mensen en de eigen groep dan op objecten buiten de eigen groep (Merton 1958). Te vergelijken hiermee is de conformistische (of egalitaire) gezondheidscultuur. Wanneer leden van achterstandsgroepen wèl de stap maken en op zoek gaan naar informatie blijken er verschillende drempels te bestaan die dat proces bemoeilijken (Dervin 1974). De drempels zijn institutioneel (hulpverleners selecteren vaak cliënten met een hogere opleiding die ontvankelijker voor informatie zijn), fysiek (afstand, gebrek aan vervoer), psychologisch (statusverschillen tussen hulpverlener en cliënt), intellectueel (moeite met schriftelijke informatie), financieel en maatschappelijk (zoals de aard van het parochiale netwerk). Walle concludeert dat gezondheidsvoorlichting aan achterstandsgroepen hieruit consequenties moeten trekken. Zo moeten voorlichters zelf contact met de doelgroep leggen, moet de voorlichter in opleiding en taalgebruik niet teveel van de doelgroep verschillen en moet de boodschap die wordt overgebracht voor de doelgroep relevant zijn. Maar de vraag blijft of juist dit laatste — de boodschap moet voor de doelgroep relevant zijn — de lokaal gezondheidsbeleid al niet bij voorbaat kansloos maakt. Immers de bedoelde achterstandsgroepen hebben meestal andere prioriteiten dan gezondheid. Achterstandsgroepen hebben veelal geen cultuur van gezondheid die gericht is op investeren in een goede gezondheid voor nu en in de toekomst. De bevolking van de oude stadswijken bestaat voor het overgrote deel niet uit groepen die leven vanuit de hiërarchische cultuur van gezondheid waarop de aanpak van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is gebaseerd, maar uit laaggeschoolden, werklozen, migranten en randgroepen die eerder leven vanuit egalitaire, individualistische of fatalistische culturen van gezondheid. Wat moet een migrant met een typisch Nederlands appel op een gezonde leefwijze? Of een junk met de boodschap dat roken ongezond is?

Een vierde voorwaarde die hieruit volgt is het hanteren van een brede definitie van gezondheid. Het model van gezondheidsdeterminanten van Lalonde (1974) werkt met een dergelijke brede definitie van gezondheid en biedt enige uitweg uit het probleem van een moeilijke aansluiting bij achterstandsgroepen. Gezondheid wordt in dat model niet alleen bepaald door 'klassieke' determinanten als erfelijkheid, gezondheidszorg, en leefwijze, maar ook de fysieke en de sociale omgeving zijn factoren die invloed hebben op gezondheid. Het onderbrengen van die twee elementen in een determinantenmodel voor gezondheid schept de mogelijkheid om in beleid gelijktijdig zowel de gezondheid te bevorderen, als te werken aan verlichting van de achterstandsproblematiek zelf. Beleid dat gericht is op concrete en voor de groep herkenbare zaken zoals het voorkómen van sociaal isolement bij achterstandsgroepen, de bestrijding van overlast in stadsbuurten, de verbetering van de woonomgeving of het bereikbaar maken van taalonderwijs aan migranten, is met behulp van het determinantenmodel te beschouwen als onderdeel van gezondheidsbeleid. De boodschap 'eet gezond' maakt daarentegen grote kans door achterstandsgroepen als weinig relevant geacht te worden. Er is veel voor te zeggen een omweg te bewandelen en beleid te richten op factoren die door die groepen zelf als problematisch worden ervaren en die tevens een bijdrage aan de verbetering van de gezondheidssituatie van deze groepen kunnen leveren. De basis van zulk gezondheidsbeleid is onderzoek naar de leefomstandigheden en de cultuur van gezondheid van degenen op wie het beleid zich richt.

Een vijfde voorwaarde betreft het schaalniveau. Het blijkt dat men geen overspannen

verwachtingen van bevolkingsparticipatie bij lokaal gezondheidsbeleid moet hebben. Wanneer een gezondheidsproject 'van buitenaf' door professionals in een wijk wordt ingebracht zal in veel gevallen het niveau van consultatie het hoogst bereikbare zijn. Er wordt een redelijk niveau van participatie bereikt wanneer wijkbewoners zich op de een of de andere manier uitlaten over een gezondheidsproject. Consultatie zal in veel gevallen in de evaluatie-fase plaatsvinden. Wellicht kunnen enkelen zich bijvoorbeeld via een bestuur of projectgroep op niveau van partnerschap of gedelegeerd macht aan een project verbinden. Wanneer professionals aansluiten bij bestaande (gezondheids)initiatieven in een wijk ligt de situatie uiteraard anders. Het is dan zaak geen initiatieven uit handen te nemen en het hoge niveau van participatie te handhaven. Daarbij is de keuze voor maximaal een wijk of buurt als schaalniveau, gecombineerd met een gerichtheid op een specifieke groep een reële voorwaarde. Een stadsdeel of deelgemeente is als schaalniveau te groot en te ongedifferentieerd.

Een zesde voorwaarde tenslotte heeft betrekking op het streven medicalisering te vermijden. Lokaal gezondheidsbeleid heeft ontegenzeggelijk aspecten in zich van medicalisering en disciplineren. Problemen in stadsbuurten die eerst politiek gedefinieerd werden: slechte huizen, gevaarlijk en vermoeiend werk, gering opleidingsniveau, werkeloosheid, overlast van vandalisme, criminaliteit of burens, worden nu als gezondheidsproblemen benoemd. Natuurlijk is het zo dat een kwestie als bijvoorbeeld onveiligheid en criminaliteit in een buurt gezondheidsbedreigende aspecten heeft, maar het is de vraag of dat probleem niet in eerste instantie een maatschappelijke kwestie is, die te maken heeft met de woon- en leefomgeving en sociale controle, in plaats van een gezondheidsprobleem. Zulke problemen winnen, wanneer ze als gezondheidswesties worden gedefinieerd, niet bij voorbaat aan helderheid. Aan de andere kant kan de ingang 'gezondheid' juist een motor zijn om zaken in een buurt aan de orde te stellen en aan te pakken. Daarvan zijn in het voorgaande voorbeelden getoond. Lokaal gezondheidsbeleid kan, gezien als een tegenbeweging rond gezondheid, een manier zijn om gezondheid in een nieuw en minder individualiserend kader te definiëren. Het biedt dus perspectieven als een niet-individuele interpretatie van gezondheid en doet recht aan de sociale en fysieke context waarin gezondheid en ziekte ontstaan.

Van de-medicalisering kan sprake zijn wanneer de zogenaamde objectieve categorieën ziek en gezond publiekelijk ter discussie staan. Het betekent dat naast het professionele, objectieve aspect ook het normatieve en subjectieve aspect erkend wordt. Het normatieve aspect wordt vertegenwoordigd door de politiek, het subjectieve aspect door leken. Vertaald naar lokaal gezondheidsbeleid veronderstelt een niet-medicaliserend ontwerp een gelijkwaardige inbreng van professionals, politiek en leken in ontwerp, uitvoering en evaluatie van projecten. Wanneer mensen vanuit de eigen ideeën en leefwereld werkelijk medezeggenschap hebben in gezondheidsprojecten kan er sprake zijn van een tegenbeweging tegen medicalisering.

7.6 Slot

In het eindrapport van het vijfjaren-programma bepleit de Commissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen — naast monitoring van gezondheidsverschillen en lange termijn onderzoek — onderzoek naar het effect van maatregelen om gezondheidsverschillen te verkleinen. Doel van zulk onderzoek is: *'het systematisch opdoen van ervaring met interventies op het gebied van sociaal-economische gezondheidsverschillen, inclusief de daarvoor vereiste randvoorwaarden'* (Programmacommissie SEGV 1994:29). Het vervolgprogramma zou optimale ondersteuning moeten geven voor lokaal en landelijk beleid rond sociaal-economische gezondheidsverschillen en zou de daarin opgedane ervaring zo goed mogelijk moeten evalueren. Projecten en activiteiten die gezondheidsverschillen beogen te verkleinen dienen volgens de Commissie in ieder geval informatie te geven over de resultaten en over wat de beste aanpak is om de gestelde doelen te bereiken. De commissie constateert dat er van de kant van beleidsmatig of praktisch betrokkenen behoefte is aan systematische informatie over het resultaat van alle inspanningen. Het tweede vijfjaren-programma zou een methodologische en praktische ondersteuning kunnen geven bij de procesevaluatie en effectmeting. Prioriteit is het ontwikkelen van een bruikbaar evaluatie-instrumentarium. Vooral projecten in de grote steden worden daarbij belangrijk genoemd. Gepleit wordt dit te doen in samenwerking met projectleiders en andere deskundigen rond het Gezonde Stedenproject en rond het beleid sociale vernieuwing. De commissie verwacht dat de behoefte aan beleidsonderbouwende informatie op het terrein van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de komende jaren alleen maar zal toenemen onder invloed van de problematiek van de sociale zekerheid, de stelselherziening, de werkgelegenheid en de toenemende ziektelast als gevolg van chronische ziekten (Commissie SEGV 1994:31).

Deze systematische ervaring met lokale gezondheidsprojecten is tot nu toe niet voorhanden. Zoals bleek uit deze studie zijn er een flink aantal losse evaluaties van projecten, maar deze zijn qua opzet onvoldoende onderling vergelijkbaar en meestal kwalitatief van opzet. Zo zijn er vanuit Gezonde Stad Rotterdam een aantal afzonderlijke projectbeschrijvingen gemaakt en een evaluatie van het interne beleid (Lipman 1993). Maar er bestaat echter geen beschouwing van de effecten van Gezonde Stad als geheel en geen doordenking van de oorspronkelijke doelen. Amsterdam heeft op het niveau van het project Westerpark wel een dergelijke (kwalitatieve) evaluatie (De Ceuninck van Capelle et al. 1994). De twee wijkprojecten in Den Haag zijn enkel op vrij theoretisch niveau beschreven door Nijhuis (1994a). Het Voedingsproject in Utrecht heeft als enige zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve eindevaluatie. Het opdoen van ervaring in een wijkgericht gezondheidsproject is er gecombineerd met een kwantitatieve effectmeting en een gedegen kwalitatieve evaluatie waarin veel knelpunten en vragen aan de orde worden gesteld. Om vooruitgang te boeken in de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid zijn solide opgezette kwalitatieve en kwantitatieve evaluaties nodig met oog voor zowel de bedoelde als de onbedoelde effecten van beleid. Zowel de continua die in deze studie rond de beoogde doelstellingen van lokaal gezondheidsbeleid ontworpen zijn, als de ontwikkelde noties rond disciplineren, emancipatie, gezondheidskapitaal en culturen van gezondheid kunnen daarin een rol spelen.

Lokaal gezondheidsbeleid heeft, mits onder goede voorwaarden uitgevoerd, interessante doelstellingen en is als experimenteerruimte van belang. Indien lokale gezondheidsprojecten

de sociale gezondheidsverschillen meetbaar kunnen verkleinen en vooral als er op grond van voortdurend besef van het bestaan van uiteenlopende leefomstandigheden en culturen van gezondheid een goede invulling aan bevolkingsparticipatie gegeven kan worden, kan het huidige lokale gezondheidsbeleid uitgroeien tot een volwaardige moderne opvolger van de beweging van de hygiënisten uit de negentiende eeuw en kan het een actieve rol spelen in succesvol anti-armoedebeleid in de grote steden. Een perspectief op gezonde stadsgezichten in de eenentwintigste eeuw.

Healthy cityscapes

Introduction

Poor city areas have been the target of urban renewal or anti poverty policies for decades. In the nineties, a new development has been added: health policy. In recent years, a colourful palette of local health initiatives has been created in cities. In some cases, the projects are directed to groups such as migrants or the elderly, and in other cases they have a more general orientation. They may be concerned with a concrete service, such as 'health guides' in the neighbourhood, or a joint effort on the part of social institutions aimed at bundling resources. One project may make itself visible in the form of an actual building in the area, while another project may manifest itself as an initiative for healthy recipes in the neighbourhood supermarket. The first project involves mainly professionals, whereas the other would seem to revolve around volunteers. A wide variety of diverse initiatives exists, which have in common that they are doing 'something' in the area of health at a local or neighbourhood level. Health is viewed in a wide, all-embracing and positive way ('health is more than just the absence of sickness'); diverse disciplines strive to cooperate together; political leaders become involved in health promotion activities and the people directly involved are used as reference for policy. Participation by the public is considered to be important. The initiatives are primarily the work of public health services and are frequently inspired by the international *Healthy Cities Project*.

This study has scrutinized such local health policy. The goal of this investigation was, first of all, to clarify the characteristics of local health projects in cities. Secondly, the study was to offer insight into the problem areas these projects set out to solve. The study also set out to demonstrate the intended and unintended effects of this policy, and finally it was the intention to take account of both emancipating and disciplining views of local health policy. For this purpose, a theoretical framework was developed. The study was based on the following problem statement: *Is there an element of a new health policy in cities? If so, what are its characteristics? What problems does this policy set out to provide a solution to? To what extent have the objectives been achieved? What are the unintended effects of this policy?*

Inequality in sickness and death

An issue forming an important background for this local approach to health is an aspect of social inequality, namely inequality in death. This is concerned with socioeconomic differences in health. In the Netherlands and elsewhere, a steady decline in health differences started to become evident in the last century and continued into the fifties of the present

century. Since the seventies, the differences in health have, once again, been on the increase. It is striking that the blossoming of the welfare state also brought about the demise of death and disease resulting from poverty. Research in the four large cities of the Netherlands, Amsterdam, Rotterdam, The Hague and Utrecht, has shown that cities are not only less healthy to live in than outside them, but also that intractable health differences exist primarily between city areas *within* cities. In socioeconomically weaker areas, people die on average several years earlier, they suffer more from illnesses and handicaps, more people are admitted to hospital and they are more often unfit for work. Deprivation in health appears as an additional element in depressed neighbourhoods in large cities.

Continuity and change

Looking back on the history of health and sickness, the previous century appears to have been an important period. The living standards and health in cities declined sharply in the course of the nineteenth century. The cities were unable to cope with the influx of new residents. The outbreaks of cholera served at the time as a focus: cities were too dangerous to live in, and action was necessary. The 'Hygienists', a group of critical and socially oriented physicians, played a significant role in the approach to the problems. They saw health in connection with the human living environment. Lack of light and air, accumulations of damp and filth were seen as health-threatening circumstances. The hygienists drew up 'medical surveys' and used the new technique of statistics to demonstrate links between health and poverty. They repeatedly showed how the circumstances had an influence on health and how failure to introduce measures in a given municipality was accompanied by deteriorating health in comparison with places with an active health policy. Much was achieved in a relatively short period of time. The introduction of sewer systems and piped drinking water were the main factors in breaking the cycle of cholera infection and they brought the epidemics to a halt.

From the end of the nineteenth century, more opportunities presented themselves for a direct attack on disease and there was less need for preventive policy. The twentieth century has seen a strong advance in successful medical technology, at the expense of investments in (local) health policy. Health care became one of the most extensive items in the national budgets of western countries.

Present times, however, reveal the limits of this medical intervention. The causes of this include the aforementioned increase of inequality in health, changes in accepted definitions of the term health, changes in patterns of sickness, increased costs of health care and a changed position of the physician and health care. Once again attention is being paid to prevention and basic health care, in which more emphasis is being put on promoting health and less on combating diseases. An important point of reference is the strategy *Health for All by the year 2000* from the World Health Organization. The *Healthy Cities Project* is an attempt at a concrete elaboration of *Health for All*, by taking the local level, cities, as

the point of attack. It appears that the approach of the Healthy Cities Project closely resembles that of the Hygienists. The emphasis is placed on what is local and there is attention to cooperation and administration. The ultimate goal is the promotion of health. Alongside that, there are five strategies or working principles that are followed. These are the aim for public participation, the emphasis on cooperation with sectors outside health care, the wish to involve political leaders in the policy, the assumption that actual data have to be the basis of policy and the local approach adopted. Worldwide, and in the Netherlands too, a large number of local health initiatives following these principles have been launched since the eighties.

A wave motion is thus visible in the history of urban public health. Whereas in the nineteenth century the accent lay on public hygiene and disease prevention, from the end of the century, the emphasis came to be placed on combating the diseases themselves. The point of view shifted away from the city and the connection between public health and living environment onto the physician and his patient. However, in the final decades of the twentieth century, living environment and the city dweller are again coming into the field of view. 'Public health' has, therefore, made a comeback and is gaining in importance. A difference with the nineteenth century is that members of the public are no longer merely the *object* of preventive and health promoting policy, but are also expected, as *subject*, to play a role in it themselves. However, the international Healthy Cities project is, as a typical example of local health policy, for the time being a movement primarily of professionals from the health and welfare sectors.

In the previous century, the hygienists were the first to demonstrate the links between death and sickness on the one hand and hygiene and the quality of local government administration on the other. One of the current motivating forces of the new approach to health policy is indeed the aim of mapping out the differences in health that are rooted in differences in the socioeconomic status of groups, and to diminish them. Statistical investigation into health in city and neighbourhood shows today as clearly as in the previous century that there are prospects - and therefore also obligations - for local administration and policy.

All together, there is sufficient cause to subject the present manifestation of local health policy to scrutiny.

Healthy cities investigated

This study reports on the investigation into local health policy carried out in two consecutive phases. In the first place, a broad exploratory investigation was carried out into local health projects in the United States, Canada and the Netherlands. The objective of this was not only to form a view on the concrete practice of such projects, but also to investigate and examine closely the goals and strategies employed. On the basis of this empirical material, the goals and strategies were more sharply formulated. With this differentiated instrument in hand, a second study and a more systematic investigation was performed into recent health projects in the four large Dutch cities.

In the first phase of the investigation, it appeared to be possible to describe the projects in the United States, Canada and the Netherlands by theme, with respect to the goal of health promotion, the four intermediary strategies and the territorial framework used. However, it proved difficult to establish whether the local health projects could also really meet up with their own stated goals. In order to clarify this issue, the stated goals were further untangled into a number of relevant aspects, by means of socioscientific concepts on the one hand and empirical results about local health projects on the other. This resulted in a number of *scales* or *continua*. It appeared possible to identify a point on each of the continua that could serve as a minimum condition in judging the local health projects.

The goal of *health promotion* can be separated out into three continua: the level at which measurement takes place, the type of data used and the type of investigation employed in collecting the data. The measuring level has four ordinal levels, from low to high: input measurement, and output measurement on level of performance, result measurement and performance measurement, and must at least be capable of measuring the performance at output level. For the type of data with which the goal of health promotion can be measured, the following seven ordinal levels can be identified in decreasing order: health, determinants of health, involvement in policy, knowledge of determinants of health, familiarity with policy, reinforcement of policy conditions and the internal quality of the policy process. In this, it must be possible to measure the actual results of local health policy by reference to the first four levels. The various types of investigation are at physical investigation at nominal level, analysis of files, survey, investigation into key informants and investigation into reporting in local media. These can be employed separately or in combination. A result measurement comprising only investigation into reporting in the local media seems equally inadequate.

The intermediary strategy *data as basis* for local health policy can be divided into the type of data used and the type of investigation performed. Four types of data are distinguished at nominal level. These are detected health differences, dissatisfaction on the part of residents, assessed health needs and an idea or philosophy. In this, the first category 'detected health differences' must be combined with 'dissatisfaction, residents to take action' or failing that with 'assessed health needs', because a realistic starting point is objective data validated with subjective data. For the type of investigation, the same continuum can be used as for health promotion. In this as well, investigation into the local media is an insufficient basis for local health policy.

Intersector cooperation has two continua: the sectors to be cooperated with and the level at which this cooperation takes place. With respect to the sectors to be cooperated with, the model of Lalonde (1974) is assumed, which (at nominal level) draws a distinction between biological, physical and social factors, lifestyle and health care. The cooperation should at least have a connection with one or more institutions outside health care involved in physical or social factors or lifestyles. With level, a distinction is made between cooperation on executive and management levels. Cooperation is genuine if it operates on both levels at the same time.

Political involvement consists of one continuum: the level of political involvement. A

distinction is made sequentially from high to low at ordinal level: politics as establisher of a policy framework, politics as principal, political participation, political cover and informing politicians. A minimum for local health policy is a certain political cover and regular informing of politicians.

With *participation* two scales can be distinguished: the level of participation and the phase in which participation takes place. The level of participation is ordinally set out from high to low according to Arnstein (1969) as self administration, delegated power, partnership, buy out, consultation, informing, therapy, and manipulation. For local health policy, the three levels of participation falling under actual participation - partnership, delegated power and self administration - go to make up genuine forms of participation. Alongside that, there must be an element of participation in one, or if possible more than one, of the first four phases in which participation can take place: initiative, design, execution and evaluation. Participation only as consumer of a health project is not sufficient.

Finally, the *territorial framework* can be looked at on the level of scale on which local health policy takes place. Five steps are distinguished at ordinal level: city, quarter or borough, district or neighbourhood, specific group and specific network. The first part of the continuum (city; quarter or borough; district or neighbourhood) does not form an effective starting point for local health policy. Because of the disintegration of city districts as communities and because of the necessary link with the world of those involved, there must at least be a concentration on a specific group or an existing network.

These continua and the established calibration points form the instruments with which recent local health projects in the four large Dutch cities were analyzed in the second phase of the investigation.

The second phase of the investigation was concerned with eleven health projects in Rotterdam (6), Amsterdam (2), The Hague (2) and Utrecht (1). A striking feature of these projects is a particular diversity in scale of approach, target group, themes and presence or absence of structural embedding. The envisaged effects were investigated by means of the continua and calibration points developed. In addition, the unintended effects of the policy were inspected.

Without exception, the projects investigated work with a territorial approach. They have all opted for a small-scale approach on borough or neighbourhood level, albeit that the scale varied from 5,000 to 60,000 residents. An approach in which the neighbourhood has a central position as undifferentiated geographic unit does not occur, except in the two projects in The Hague and in the first instance in the project in Utrecht. The local approach is, in all cases, combined with an orientation to a specific group. In the cases of a project in Rotterdam and a project in Amsterdam, the project not only aims at a specific group, but also at an existing network.

The basis of all the projects in the four large cities is investigation into health differences. In some cases, initiatives of residents play an accompanying role as the reason for the project coming into existence. Recalculation of existing urban data to neighbourhood level, a health survey, a sounding out of needs and, primarily, investigation under professional and non-

professional key informants form the most commonly occurring research methods. In the case of the project in Utrecht, a medical test formed part of the investigation.

Cooperation involves, in practically all cases, cooperation between parts of health care and institutions in the social area. In all projects (with the exception of The Hague), concrete cooperation is involved at executive level, where the management of the institution is also involved.

In the eleven projects investigated, the level of political involvement was variable. Local health policy links to wider policy in a municipality in all four cities, but this occurs to varying degrees. In Rotterdam, political involvement is on the level of the five levels described. Politics creates the policy framework, issues assignments and subsidies, participates in activities, provides administrative cover and remains informed. This also applies to Amsterdam, but here local health policy forms a less explicit part of municipal policy. In The Hague, the projects are part of the municipal health policy. Finally, the project in Utrecht has a national subsidy and in this case the political involvement is more diffuse.

With one exception, none of the projects come any further on the point of public participation than the level of consultation. Actual participation by the public (the three highest rungs of Arnstein's 1969 participation ladder) are reached in only one case, and that is in a project in Rotterdam. Participation usually occurs in the last phase of the project: the consumption of a new facility or service. Public participation in local health policy is thus more an aim than a practice actually demonstrably present in the projects.

In only one case are effects subjected to investigation in terms of health promotion. In general, measurement is performed at the level of output performance and sometimes on result level. The projects in Utrecht and Rotterdam are evaluated with respect to the social effects of the policy. An agreement can be detected in the health projects regarding the impracticality of measuring effects in the short term and regarding the desirability of measuring effects in the longer term. An actual increase of health is not detected anywhere. With respect to the type of data, the highest level encountered, in a number of cases, was 'determinants of health', with the exception of one project in Rotterdam, in which the subjective experience of health was measured. In the type of investigation employed, Rotterdam occupies a special place, because this city is the only one with a system in which health and health determinants have been the subject of continuous neighbourhood-oriented monitoring. The analysis of existing data, a survey among participants or among the target group as a whole, are in general much used methods of investigation. In addition, use is often made of investigation among key informants. Physical investigation into the evaluation of the effect of health projects was not encountered.

All together, it can be stated that local health policy as investigated for territorial approach and for the strategies 'data as basis', 'intersector cooperation' and 'political binding' scores positively on the calibration points as set out in the continua concerned. For the strategy 'public participation' and for the ultimate goal of health promotion, this is not the case.

Alongside investigation into the intended effects of local health policy, the unintended effects were also investigated.

The projects appeared to represent a wide scale of activities outside the proper 'territory' of health. By this means, local health projects can make a better connection with the wishes and perceptions of the target group. But health projects also contribute in this way to an increasing number of facets of human life falling under the influence of the concepts of illness and health. This is linked with the concept of medicalization of writers including Freidson (1970) and Zola (1972). These areas come under the norm of health in this way. Political and other questions are thus transformed into health problems.

The emphasis placed on the local level plays a dual role in this respect. On the one hand, the local or neighbourhood approach appears to be a condition for being able to make a connection with the problems and needs that play a part in the local context with people. On the other hand, health penetrates more directly than before into the lives of those involved, precisely because use is made of the local level.

The successful cooperation with institutions outside the health sector is a logical consequence of the broad definition of health and is the practical elaboration and formalization of it. Professionals of diverse institutions often express enthusiasm for the health theme. This lays the foundation for intersector policy, but the domain on which the health value is considered to be applicable is expanded, also in the practical sense. There is sometimes opposition to recognizing the disciplining power of medicine, as described by Foucault. After all, monitoring is created, checks are made and people are made comparable in investigations through descriptions and numbers.

There seems to be a paradox. The opposition of professionals of the public health services to the 'physician's approach' to health is expressed in a non-medical, social approach to health. However, precisely by deviating from a narrow, medical approach to health, and making room for ways of life and social and physical factors, an increasing number of dimensions of human existence are brought under the norm of health and people's responsibility for their own health can be pushed aside.

There is a link between the level at which participation occurs and medicalization and disciplining. It can be stated that the lower the level of participation, the stronger local health policy will display signs of medicalization and disciplining. With a low level of participation, there is in some way an element of the unsolicited intrusion of the question of health, without health being actively brought in as theme or value by those involved. With one exception, it appeared that in none of the local health projects was there any question of actual participation of non-professionals. That implies that in those cases, public participation is unable to function as an opposing force to the power to set norms possessed by health.

Finally, it appears that the theories about medicalization and disciplining are insufficiently specific to demonstrate how the mechanisms of medicalization and disciplining continue to touch different social groups in different ways. To cope with this problem, the concept of *cultures of health* was developed. Local health policy - if the policy is to be successful - will have to take account of the culture of health prevalent in the target group.

The connection with the culture of health of the envisaged target group was assumed from the outset in one project in Rotterdam, because the initiative was with non-professionals

from the beginning. The twenty women participating have played a decisive role in setting up and executing the project. In that way it is almost obvious that their point of view and their norms regarding health care will take precedence. Paradoxically, that is also to be seen in the fact that they - from their egalitarian culture of health - militated against labelling the project as a health project. An egalitarian culture of health is concerned with groups with a strong group bond, but not oriented in substance to the general (middle class) principles of health. It mainly involves the traditional working class in the old and pre-war city districts. In the two projects in Amsterdam, the culture of health of the envisaged target group was the subject of explicit investigation. Prior to the start of the project on dental care for immigrants, it had appeared from a health survey among residents that a large proportion of migrants did not have their own dentist. It was decided at that time not to start immediately with informational activities to get migrants to visit the dentist more often, but attempts were first made to discover what the underlying cultural background was and subsequently to trim the set up of the project accordingly. In another project for migrants in Amsterdam, instruments including 'health portraits' were used, which provide a view on the cultures of health that exist among Turkish and Moroccan migrants. The health portraits show how important it is to work on the difficult relationship between migrants and Dutch health care. It is important to obtain support in coping with health care in the case of the fatalistic culture of health and, in the case of the hierarchical culture, relationships can be established between western and ethnic health care (Ten Dam 1996).

The culture of health of the target group appears to be a theme in most projects. In three projects, explicit form is given to this aspect. In the remaining projects there is no recognizable form given to it.

The meaning of local health policy

Limits

It appears from this study that it is no simple matter to make a contribution to the most important goal of local health policy, the reduction of health differences. Local health policy runs up against limits in this. Social inequality is a fundamental characteristic of society. The basis of health differences is socioeconomic, which is a basic pattern of our society that is difficult to change. Furthermore, it can be said that this goes against the grain: in spite of the increase in average life expectancy of all social groups, the differences in health between the social groups in the Netherlands has again widened in recent decades.

In the second place, the orientation to the local level, the *community* approach, has its limits. In this connection it appears that the determinants of health exist only to a limited extent at neighbourhood level. Health is therefore subject to the influence of local policy only to a limited extent. At the same time the possible inefficiency of the local approach must be pointed out. Local health projects are extremely labour intensive and therefore expensive. This sort of project is probably not feasible in this form on a large scale. The

manner of working is full of promise, but ways must be found of making it less labour intensive and therefore less expensive.

Public participation is the third limit encountered by local health policy. On the point of public participation, none of the projects examined, with one exception, come further than the level of consultation. Mostly, participation takes place in the final phase of the project: the consumption of a new facility or service. Public participation in local health policy appears to be more of an aim or an ideology than a practice that can be actually identified in projects. Public participation has to do with power and that is lacking in local health policy.

Relevance

In spite of the limits indicated above, there are good reasons for conducting local health policy. In the first place - as we have seen - health really is a factor of value to the achievement of social success. Investing in good health increases one's chances in education and profession. In deprived neighbourhoods with high unemployment, this is a factor that receives insufficient attention. The personal volume of health capital partly determines the one's chances in education and work. For people without work, inferior health can be an obstacle to returning to work or to following a refresher course or retraining. It is important to keep this in sight in policy for combating long term unemployment and in schooling policy.

A second argument is concerned with driving back large differences in health. These questions are politically and socially difficult to digest. After all, health is generally held to be of great importance, whereas equality of opportunity is considered to be just as important by practically all political parties. Furthermore, pushing back loss of productivity as a result of sickness, and perhaps reduction of the costs of health care are powerful motives. An interesting piece of information in this is that internationally there is a link between the size of income differences - an important background to health differences - and total average life expectancy. The smaller the socioeconomic differences in a country, the higher the average life expectancy (Mackenbach 1994:78-79). Reduction of income differences and of differences in health is, looked at in this way, not only of importance to the least well off, but also strengthens the population as a whole.

A third argument refers to the aim of achieving public participation. The aim of involving the public in health and health policy is, as has been said, an important objective of the current local health projects. Public participation is considered to be important because in this way mainly people with a socially weak status can gain a grasp on factors that are of influence to their health and because their own lifestyle is an important determinant of health. There is also a more direct correspondence between participation and health: whereas social isolation forms a health threatening factor, social participation is a factor with a positive effect on health. There are also good reasons for giving shape to health policy at local level. In this connection, health differences manifested themselves most clearly at local level and the public at local level have the best chance of exercising influence on policy, because the institutions are, after all, closer to hand and there is perhaps a shared culture in an unclear situation. Conversely, most of the possibilities in approaching the public on health are on local level. Cooperation is finally less difficult to realize on a local level than on a regional

or national level.

A fourth and last perspective is the role probably played by the phenomenon of health as an integrating factor in neighbourhoods. Local health policy must take account of a neighbourhood as something of a loose collection of individuals and small networks. Health, however, is in everyone's view gaining in importance. On the point of health, we appear to understand one another. It is perhaps worthwhile investigating whether health, in the sense of a common concept of health and a shared care for (threats to) health is able to play a role as a framework for integration in neighbourhoods.

Conditions

Local health policy can produce a more potent effect if the conditions under which this policy is carried out are improved.

A first condition is greater clarity about the actual role played by the neighbourhood as origin or perpetuation of health differences. This is a question that has been deprived of attention until now. Is it the sum total of the socioeconomic status of the residents, divided by their number? Or is there more to it than that? The urban environment, or, more concretely, the type of residential neighbourhood, is not directly of influence on social inequality and further on socioeconomic health differences. The urban environment, conversely, is a factor in the formation of cultural values and viewpoints of social groups and therefore in the formation of specific cultures of health. This thesis has as yet little empirical grounding. How does the concentration of low socioeconomic status and ill health come about in some neighbourhoods and how does this concentration persist? Do both causation and selection play a role? What is the role of a possible poverty culture or a culture of health in the perpetuation of health problems?

In the second place, it is a condition for successful local health policy not to miss the connection with movements and changes in urban neighbourhoods. There is a tension here - but no contradiction - between, on the one hand, creating trust by tackling as a professional matters which are felt to be of importance for people and, on the other hand, restraint so as to prevent an individual's or group's own initiatives being taken out of their hands. Actual participation also means, as shown by the above, that professionals and institutions active in the area of local health policy must take leave of their own professional autonomy in favour of residents and volunteers. The investigation shows that in a single case there is an awareness that professionals wrestle with the consequences that this has for their own actions and that of the institution.

A third condition is concerned with the role of health research with respect to local health policy. Even if the condition of shared autonomy of residents is satisfied, public participation in local health policy is still not able to be called up on demand. The conditions for participation formulated by Westpalm van Hoorn (1975) are a good instrument for predicting where participation will and will not succeed. If, in the opinion of the residents of a district, no issues exist in the area of health, they cannot simply be constructed by professionals by for example pointing to health problems that are brought up by epidemiological research. On the one hand it is of course sensible not to base a project on quicksand and to start out from

solid data on health and determinants of health. At the same time, though, most data on determinants of health say little about the role they play in the lives of those involved. A health problem that exists 'objectively' in a neighbourhood, definitely does not necessarily have to be experienced as such by the residents. In a project in Amsterdam North, an attempt was made to make a balanced use of the distinct sorts of knowledge: scientific knowledge of the researchers, professional knowledge of the professionals involved, and experience of migrants themselves. The use of a combination of various research methods seems above all to facilitate a transition from investigation to action. The variant of the Delphi method developed for this appeared to be able to make an activating and motivating contribution.

It is therefore important what experiences people have and how they interpret these experiences. But if people subsequently consider themselves incapable of coping with the problems, involvement will fail to come about. And that is where a problem lies. Such 'self-confidence' is not spread equally over society. Especially groups with a low socioeconomic status have little confidence in the makeability of the future. This is one of the aspects of the *culture of poverty* (Lewis 1966). Walle (1990) introduced the concept of *information ghetto* - the need felt by deprived groups for information remains limited to the immediate group and has little relationship with the outside world - and concludes that those providing health information to deprived groups must draw the necessary conclusions from this. In this connection, information providers must themselves make contact with the target group, the information provider must not differ excessively from the target group in education and use of language and the message conveyed must be relevant to the target group. However, the question remains as to whether precisely the last point - the message must be relevant to the target group - renders local health policy dead in the water. After all, the intended deprived groups mostly have priorities other than health and have mostly no culture of health directed to investing in good health for now and the future.

A fourth condition deriving from this is the employment of a broad definition of health. The model of determinants of health of Lalonde (1974) works with such a broad definition of health and offers some way out of the difficulties of making a connection with deprived groups. Health in that model is not only determined by 'classical' determinants such as heredity, health care, and lifestyle, but also physical and social environment are factors influencing health. Subsuming these two elements into a model of determinants for health creates the possibility for policy of simultaneously promoting health and working towards alleviating the problem area of deprivation itself. Policy directed to matters that are concrete and recognizable to the group such as the prevention of social isolation of deprived groups, combating public nuisance in urban neighbourhoods, the improvement of the living environment or making language education accessible to migrants, is to be considered according to the determinant model as a component of health policy. The message 'eat healthily' stands a good chance of being considered barely relevant by deprived groups. There is much to be said for making a detour and setting policy on factors experienced as problematic for those groups themselves and that at the same time might contribute to an improvement of the health situation of these groups. The basis of such health policy is research into the living conditions and the culture of health of those to whom the policy is directed.

A fifth condition is concerned with scale. It appears that one should not entertain too high an expectation with respect to public participation in local health policy. When a health project is introduced 'from the outside' by professionals into a district, in many cases the level of consultation will be as high as can be attained. A reasonable level of participation is achieved when local residents express themselves in some way regarding a health project. When professionals associate themselves with existing (health) initiatives in a neighbourhood, the situation is naturally different. The best thing then is to take no initiative out of anyone's hands and to maintain the level of participation. A realistic condition in this is to opt for a district or neighbourhood as a maximum scale, combined with an orientation to a specific group. A district or borough is too large and undifferentiated as scale.

A sixth condition, finally, is concerned with an aim to avoid medicalization. Local health policy undisputedly has aspects in it of medicalization and disciplining. Problems in urban neighbourhoods that were first defined as political: poor housing, dangerous and tiring work, limited educational level, unemployment, public nuisance and vandalism, criminality or neighbours, are now quoted as health problems. It is of course the case that a question such as insecurity and criminality in a neighbourhood has health-threatening aspects, but the question remains as to whether that problem is not in the first instance a social one, connected with the domestic and living environment and social monitoring, instead of a health problem. Such problems, when defined as questions of health, do not necessarily gain in clarity. On the other hand, the input 'health' can be a motor for raising issues in a neighbourhood and tackling them. Examples of this are given above. Local health policy, viewed as an opposing movement surrounding health, can be a way of defining health in a new and less individualizing framework. It therefore offers the prospect of a non-individual interpretation of health and does justice to the social and physical context in which health and sickness arise.

There can be a question of medicalization when the so-called objective categories sick and healthy are the subject of public discussion. It signifies that alongside the professional, objective aspect, the normative and subjective aspects are also recognized. The normative aspect is represented by politics, the subjective by laymen. Translated into local health policy, a non-medicalizing subject assumes an equivalent contribution from professionals, politicians and laymen in design, execution and evaluation of projects. When people have a genuine say in health projects from their own ideas and world, it is possible to talk of an opposition movement to medicalization.

Conclusion

A systematic experience with local health projects has until now not been readily available. As has appeared from this study, there are a considerable number of separate evaluations of projects, but these are, in terms of design, insufficiently comparable with each other and are mostly qualitative in their set up. In order to make some headway in the development of local health policy, solidly designed qualitative and quantitative evaluations are necessary

with an eye to both the intended and the unintended effects of policy. Both the continua developed in this study regarding the envisaged objectives of local health policy and the notions developed regarding disciplining, emancipation, health capital and cultures of health can play a role in this.

Local health policy, provided it is executed under the right conditions, has interesting objectives and is significant as a space for experimentation. If local health projects can measurably reduce health differences, and primarily if public participation can be realized well on the basis of continuing awareness of the existence of divergent living standards and cultures of health, current local health policy can grow into a fully-fledged modern successor to the hygienist movement of the nineteenth century, and it will be able to play an active role in successful anti poverty policy in large cities. A prospect of a healthy cityscape in the twenty-first century.

Geraadpleegde literatuur

- Aarts, M.N.C. en C.M.J. van Woerkum (1994). De integratie van communicatie in het overheidsbeleid. *Beleid en Maatschappij*, 21(6), 310-321.
- Anderiesen, G. en A. Reijndorp (1990). *Eigenlijk een geniale wijk. Dagelijks leven in de Indische Buurt*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Anderiesen, G. (1993). Delen van de stad, wijze van leven. *Rooilijn*, 26(8), 345-350.
- Anken, D. en M. Paape (1993). *Op uw gezondheid. Een verslag van interviews met sleutelfiguren in het kader van het project 'Gezond Scheveningen'*. Den Haag: GGD Den Haag.
- Anonymous (1984). *Lichaam en hygiëne. Naar de wortels van de huidige gezondheidskultuur*. Gent/Leuven.
- Antonovsky, A. (1967). Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Appels, A., F. Otten, C. Mendes de Leon, F. Sturmans, P. Mulder en J. Schuurman (1990). De KRIS follow-up studie VII; sociaal-economische status en gezondheid. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68, 298-305.
- Arnstein, S. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(7), 216-224.
- Ashton, J., P. Grey and K. Bernard (1986). Healthy Cities - WHO's New Public Health Initiative. *Health Promotion*, 1(3), 319-324.
- Ashton, J. (1987). Healthy Cities. Een project van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). In D.C. Kaasjager et al. (Ed.), *Een leefbare stad. Een kwestie van gezondheid* (pp. 7-23). Den Haag: GG&GD Den Haag.
- Ashton, J. (1988). Healthy Cities. Een project van de Wereldgezondheidsorganisatie. In Kaasjager, D.C. et al. (Ed.), *Healthy Cities. Dageraad van een nieuwe volksgezondheid*. Rijswijk: WVC.
- Ashton, J. (Ed.) (1992). *Healthy Cities*. Philadelphia: Milton Keynes / Open University Press.
- Assema, P. (1993). *The development, implementation and evaluation of a community health project*. Maastricht: Datawyse. Academisch proefschrift.
- Assema, P. van, en M. Willemsen (1993). Community-projecten. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen en G.J. Kok (Ed.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (pp. 398-417). Assen / Heerlen: Van Gorcum / Open Universiteit.
- Attema, F. en W. van de Wetering (1993). *Het PKR-instrument. Meting van prestatie, kwaliteit en resultaat in de welzijnssector*. Deventer.
- Belleman, S. (1992). Gemeentelijk gezondheidsbeleid. In G. van der West (Ed.), *Vormgeven aan gemeentelijk gezondheidsbeleid. Een kijkje in de keuken*. (pp. 3-21). Assen / Maastricht / Eindhoven: Van Gorcum / Netwerk Gezonde Steden.
- Bergh, A.J. van den (1945). *Utrechtsche hygiënische vraagstukken*. Kemink en Zoon: Utrecht. Academisch proefschrift.

- Berkel-van Schaik, A.B. van en B. Tax (1990). *Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek*. Den Haag: DOP.
- Bezemer, H. (1980). Voorhoede problemen als bewustwordingsvraagstuk; zoeken naar een theorie voor methodiekontwikkeling. *TvA*, 9(3/4), 244-275.
- Blankendaal, A.C.M. en M. Sibeijn (1993). *Sleutelfigurenonderzoek*. Haarlem: GGD Zuid Kennemerland.
- Board of Health for the City of Toronto (1988). *Healthy Toronto 2000: A strategy for a healthier city*. Toronto: City of Toronto.
- Bockling, J. (1993). *Reilen en zeilen: eindevaluatie Coördinatieproject Ouderenzorg Westerpark*. Amsterdam: Coördinatieproject Ouderenzorg.
- Boer, A.H. de (1990). *Leefsituatie en sociale steun bij chronisch zieken in vergelijking met gezonden; een secundaire analyse*. Bilthoven: RIVM.
- Boer, M. de (1995). *Een wijk onder de loep. Een literatuurstudie naar participatie van de bevolking en een actie-onderzoek volgens de LENS-methode als start van een wijkgericht gezondheidsproject*. Utrecht / Enschede: Universiteit Utrecht / GGD Regio Twente.
- Bogaard, J. van den (1992). Rotterdams Gezonde Stad beleid. In G. van der West (Ed.), *Vormgeven aan gemeentelijk gezondheidsbeleid. Een kijkje in de keuken* (pp. 68-76). Assen/Maastricht: Van Gorcum/Steunpunt Gezonde Steden.
- Bogaard, J. en M. Lipman (1992). *In volle gang. Derde voortgangsrapportage*. Rotterdam: Projectbureau Gezonde Stad.
- Bogaard, J. van den (Red.) (1994). *Van project naar beleid. Oftewel: de kunst van het motoronderhoud; vierde voortgangsrapportage*. Rotterdam: Projectbureau Gezonde Stad GGD Rotterdam.
- Bogaard, J. van den, F. Reelick en H. van Oers (1994). Instrumenten voor buurtgericht werken aan gezondheidsbevordering. Een beschouwing vanuit de praktijk van de Rotterdamse GGD. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering*, 15, 193-205.
- Bogaard, J. van den en C.F. de Vries (1994). Gezonde steden, sociale vernieuwing en lokaal gezondheidsbeleid. In H. Garretsen, W. de Haes en M. Schrijver (Ed.), *Lokaal gezondheidsbeleid* (pp. 45-58). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boon, L. (1983). *De list der wetenschap*. Baarn: Ambo.
- Bos, G.A.M. van den (1989). *Zorgen van en voor chronisch zieken*. Utrecht / Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema. Academisch proefschrift.
- Bos, G.A.M. van den, en M.E. Lenoir (1991). *Sociale ongelijkheid in chronische aandoeningen, beperkingen en zorggebruik*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Bosschaert, D. (1969). *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht. Academisch proefschrift.
- Bourdieu, P. (1989). *Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip*. Amsterdam: Van Gennep.
- Bourdieu, P. en L.J.D. Wacquant (1992). *Argumenten. Voor een reflexieve maatschappijwetenschap*. Amsterdam: SUA.

- Braan, C. en C. de Ceuninck van Capelle (1994). *Van onderzoek naar interventie. Het Amsterdamse programma 'Gezondheid in de stadsdelen'*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Bracht, N. en A. Tsouros (1990). Principles and strategies of effective community participation. *Health Promotion* 5(3), 199-208.
- Brekel, E. van den (1988). Gezondheidsenquêtes. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*(2), 18-23.
- Brinkegeve, C., J.H. Onland en A. de Swaan (1979). *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Sociologie van de psychotherapie I*. Utrecht / Antwerpen: Het Spectrum.
- Burgers, J.P.L. (1988). *De schaal van solidariteit. Een studie naar de sociale constructie van de omgeving*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- CBS/TNO (1991). *Sociaal-economische status, gezondheid en medische consumptie*. Den Haag: SDU. CBS-publikaties.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1991). *Statistisch Jaarboek 1991*. Den Haag: Sdu.
- Ceuninck van Capelle, C. de, I. Herrebrugh en E. Jonkers (1992). *Boven het IJ. Verkenning van de gezondheidssituatie in Amsterdam-Noord*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Ceuninck van Capelle, C. de, R. Thomas, G. Buijs en W. van Ogtrop (1994). *Een jaar lokale gezondheidsbevordering. Eindrapportage en evaluatie van het Projectteam Gezondheid Westerpark - Amsterdam*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam/Stadsdeel Westerpark/GVO.
- Checkoway, B. (1979). Citizens on Local Health Planning Boards: What are the Obstacles?. *Journal of the Community Development Society*., 10(2).
- Checkoway, B. (1981). *Citizens and Health Care: Participation and Planning for Social Change*. New York: Pergamon.
- Checkoway, B., T. O'Rourke and D.M. Macrina (1981). Representation of providers on Health planning Boards. *International Journal of Health Service*, 11(4), 573-581.
- Checkoway, B. (1982). The Empire Strikes Back: More Lessons for Health Care Consumers. *Journal of Health Politics, Policy and Law*., 7(1), 111-124.
- Checkoway, B. (1986). *Strategic Perspectives on Planning Practice*. Lexington Massachusetts: Heath.
- Checkoway, B. (1988). Community-Based Initiatives to Improve health of the Elderly. *Danish Medical Bulletin. Gerontology, Special Supplement Series*.(6).
- Checkoway, B. (1989). Community participation for health promotion: Prescription or public policy?. *Wellness Perspectives: Research, Theory and Practice*, 6(1), 16.
- City of Toronto (1984). *Healthy Toronto 2000*. Toronto: Department of Public Health.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie-Dekker) (1987). *Nota Bereidheid tot verandering*. Den Haag.
- Cosijn, J. (1992). *Het Gezonde Steden Project. Achtergronden en praktijk*. Assen/Maastricht: Van Gorcum / Steunpunt Gezonde Steden.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *Int. Journal of Health Services*, 10(3), 365-389.

- Dahrendorf, R. (1988). *The modern social conflict*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Dahrendorf, R. (1979). *Life chances*. London.
- Dam, J. ten en R. Rijkschroeff (1991). Gezondheidsvraagstukken in de buurt. *TVA*, 20(2), 118-130.
- Dam, J. ten en J. van Wijnen (1991). Gezondheid in een breder perspectief. In H. Vlug (Ed.), *Gezondheid en verarming. Lokale initiatieven in een breder perspectief* (pp. 31-42). Amsterdam: NCDB.
- Dam, J. ten (1992). Community self-survey on health. In A. van Berlo, and Y. Kiwitz-De Ruijter (Ed.), *Information in a healthy society - Health in the information society* (pp. 226-231). Knegsel, The Netherlands: Akontes Publishing.
- Dam, J. ten, P. Liem en I. Starmans (1992). *Gezonde samenwerking. Een interventieproject rond gezondheid van migranten in de Van der Pekbuurt, Amsterdam-Noord*. Utrecht: Wetenschapswinkel Sociale Wetenschappen.
- Dam, J. ten (1993). Ouderen actief in gezondheidsvoorlichting en -onderzoek. Een reactie. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering*, 14(3), 139-142.
- Dam, J. ten (1993). Gezonde Steden en onderzoek: een inleiding. In J. ten Dam en E. de Leeuw (Ed.), *Gezonde Steden en onderzoek. Reikwijdte, methoden, toepassingen* (pp. 1-11). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Dam, J. ten en E. de Leeuw (Red.) (1993). *Gezonde Steden en onderzoek. Reikwijdte, methoden, toepassingen*. Eindhoven/Assen/Maastricht: Steunp. Netw. Gezonde Steden/Van Gorcum.
- Dam, J. ten (1995). Immigrants and health in Amsterdam: A case study on the translation of research into action. In N. Bruce, J. Springett, J. Hotchkiss and A. Scott-Samuel (Ed.), *Research and Change in Urban Community Health* (pp. 139-154). Aldershot: Avebury Press.
- Dam, J. ten (1996). Healthy research in cities: a case study on the translation of health research into action in The Netherlands. *Health Promotion International*, 11(4), 265-276.
- Damoiseaux, V., F.M. Gerards, G.J. Kok en F. Nijhuis (Eds.) (1987). *Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Van analyse tot effecten*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Damoiseaux, V. (1993). De fundamenteën van gezondheidsvoorlichting. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen en G.J. Kok (Ed.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (pp. 15-26). Assen / Heerlen: Van Gorcum / Open Universiteit.
- Damoiseaux, V., H.T. van der Molen en G.J. Kok (Eds.) (1993). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen / Heerlen: Van Gorcum / Open Universiteit.
- Davies, J.K. and M.P. Kelly (1993). Healthy Cities. Research and practice. In J.K. Davies and M.P. Kelly (Ed.), *Healthy Cities. Research and practice* (pp. 1-13). London / New York: Routledge.
- Davies, J.K. and M.P. Kelly (Eds.) (1993). *Healthy Cities. Research and practice*. London / New York: Routledge.
- Deleek, H. (1988). Het Mattheuseffect in de gezondheidszorg. Een voorstel tot verklaring van sociale ongelijkheden. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66, 325-328.

- Dervin, B. (1974). *The Urban Information Needs Project. Interim Report*. Washington: University of Washington.
- Dierendonck, D. van, P.P. Groenewegen en H. Sixma (1992). *Opgebrand; een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen*. Utrecht: Nivel.
- Dijk, R. van (1990). Gezondheid en gezondheidszorg. In H.B. Entzinger en P.J.J. Stijnen (Ed.), *Etnische minderheden in Nederland*. Meppel: Boom.
- Dirken, H.M. (1967). *Het meten van industriële stress*. Groningen: Wolters.
- Donzelot, J. (1979). *The policing of families*. New York: Pantheon Books. (Oorspronkelijk: *La police des familles*, Paris: Les Editions de Minuit 1977).
- Doorn, J.A.A. (1958). De stadswijk als integratiekader. In Sj. Groenman, W.R. Heere en E.V.W. Vercruyssen (Ed.), *Het sociale leven in al zijn facetten. De sleutel tot de moderne maatschappelijke problematiek* (pp. 419-442). Assen.
- Doornbos, G. en D. Kromhout (1990). Educational level and mortality in a 32 year follow-up study of 18-year old men in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 19, 374-379.
- Douglas M. (1978). *Cultural Bias*. London: Royal Anthropological Institute.
- Douglas, M. (Ed.) (1982). *Essays in Sociology of Perception*. Routledge & Kegan Paul / Russell Sage.
- Dronkers, J. en W.C. Ultee (Eds.) (1995). *Verschuivende ongelijkheid in Nederland. Sociale gelaagdheid en mobiliteit*. Assen: Van Gorcum.
- Dros, E. en M. de Jong (1992). *Projectplan Beter Eten? Zeker Weten!*. Utrecht: Wijkproject Gezonde Voeding in Zuilen.
- Dros, E., M. de Jong en J. van Steenbergen (1992). *Beter eten? Zeker weten! Het eerste jaar. Projectplan, strategie, werkplannen en halfjaarverslagen; een indruk van het eerste projectjaar*. Utrecht: Wijkproject "Beter eten? Zeker weten!".
- Duhl, L.J. and T. Hancock (1986). *Healthy Cities: Promoting health in the urban context*. Paper voor Healthy Cities conferentie 7-11 april 1986, Lissabon.
- Duhl, L.J. and T. Hancock (1988a). *Promoting health in the urban context*. Copenhagen: WHO/FADL. WHO Healthy Cities Papers Nr. 1.
- Duhl, L.J. and T. Hancock (1988b). *A guide to assessing Healthy Cities*. Copenhagen: WHO.
- Egeling, L.J. (1863). Bijdrage tot de kennis van den gezondheidstoestand der stad Amsterdam in de jaren 1856-1860. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 7, 577-591.
- Elias, N. (1982). *Het civilisatieproces. Sociogenetische en psychogenetische onderzoeken*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum. (Oorspronkelijk: *Über den Prozess der Zivilisation: sociogenetische und psychogenetische Untersuchungen*, Basel: Haus zum Falken 1939).
- Engbersen, G. (1990). *Publieke bijstandsgeheimen. Het ontstaan van een onderklasse in Nederland*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Engbersen, G. en R. van der Veen (1992). De onbedoelde effecten van sociaal beleid. *Beleid en Maatschappij*, 19(5), 214-226.
- Engbersen, G., K. Schuyt, J. Timmer en F. van Waarden (1993). *Cultures of unemployment*.

- A comparative look at long-term unemployment and urban poverty.* Boulder: Westview Press.
- Engbersen, G. (1994). De weg naar Anomia? Armoederegimes en levenskansen. In G. Engbersen, A.C. Hemerijck en W.E. Bakker (Ed.), *Zorgen in het Europese huis. Verkenningen over de grenzen van nationale verzorgingsstaten* (pp. 113-141). Amsterdam: Boom.
- Engelsdorp Gastelaars, R. van (1987). Levensstijlen, levensomstandigheden en het sociale klimaat in buurten. In R.P. Hortulanus en E.T. van Kempen (Ed.), *Sociaal beheer van buurten* (pp. 33-44). Den Haag: Vuga.
- Faris, R.E.L. and H.W. Dunham (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago.
- Fortuin, K. (1993a). *Berichten uit de samenleving. Kop van Zuid, Punt 50*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Fortuin, K. (1993b). Gezonde stad stuit op adoptieproblemen. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 11(4), 6-8.
- Foucault, M. (1976). *Mikrophysik der Macht*. Berlin: Merwe Verlag.
- Foucault, M. (1984). *De wil tot weten. Geschiedenis van de seksualiteit. Deel I*. Nijmegen: SUN. (Oorspronkelijk: Paris, Gallimard 1976).
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Furer, W.J. en B. Tax (1987). *Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psycho-sociale problemen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit.
- Garretsen, H.F.L. en Raat, H. (1989). *Gezondheid in de vier grote steden*. Den Haag: SDU.
- Garretsen, H.F.L., E.C.H. van Gilst en J.A.M. van Oers (1991). Lokale epidemiologie. In E. de Leeuw (Ed.), *Gezonde steden* (pp. 63-73). Assen / Maastricht: Van Gorcum.
- Gemeente Den Haag (1989). *Beter Gezond*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Gemeente Den Haag (1991). *Actieklapper Beter Gezond 1991*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Gepkens, A. en L.J. Gunning-Schepers (1993). *Interventies ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een evaluatie van reeds uitgevoerde Nederlandse en buitenlandse interventies ter vermindering van SEGV*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde.
- Geuns, M. van (1801). *De staatkundige handhaving van der ingezetenen gezondheid aangeprezen, en in eenige proeven voorgedragen*. Amsterdam.
- Gilst, E.C.H., J.A.M. van Oers en J. Ellenkamp (1993). *Buurtgerichte opvoedingsondersteuning. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar nieuwe mogelijkheden voor opvoedingsondersteuning in het Oude Westen*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Gorissen, W.H.M., P.C.M. Ticheler, R.P.M. van Kessel en C.R. Souverein (1988). *Gezondheidspeiling Utrecht. Resultaten van de Gezondheidspeiling Utrecht 1986-1987* (met

- Bijlagen in aparte band). Utrecht: GGD Utrecht.
- Gorissen, W. (1991). *Gezonde Utrechters in een gezond Utrecht*. Utrecht: GG & GD Gemeente Utrecht.
- Goudsblom, J. (1986). Openbare gezondheidszorg en het civilisatieproces. In J. Goudsblom (Ed.), *De sociologie van Norbert Elias* (pp. 183-210). Amsterdam: Meulenhof.
- Graaf, H. van de, en R. Hoppe (1992). *Beleid en politiek. Een inleiding tot de beleidswetenschap en de beleidskunde*. Muiderberg: Countinho. Tweede druk.
- Grinten, T. van der (1987). Ordening van de gezondheidszorg. Een beschouwing naar aanleiding van het advies van de Commissie-Dekker. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 65(21), 678-681.
- Gunsteren, H. en E. van Ruyven (Eds.) (1995). *Bestuur in de ongekende samenleving*. Den Haag: Sdu.
- Habbema, J.D.F. T. van der Bos, A. Lau-IJzerman en P. van der Maas (1980). Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 58, 101-106.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1. Handlungsrationality und gesellschaftliche Rationalisierung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hancock, T. and L.J. Duhl (1985). *Healthy Cities: Promoting health in the urban context. A background working paper for the Healthy Cities symposium, Lisbon, 1986*. Copenhagen: WHO.
- Hancock, T. (1988). *From "Public health in the 1980's" to "Healthy Toronto 2000": The evolution of a healthy public policy in Toronto*. A case-study for the 2nd International conference on Health Promotion - Healthy Public Policy, Adelaide, Australia, April 1988.
- Hancock, T. and L.J. Duhl. (1988). *Promoting health in the urban context*. Copenhagen: WHO/FADL. WHO Healthy Cities Papers Nr. 1.
- Hancock, T. (1990). Developing healthy public policies at the local level. In A. Evers, Farrant, W., Trojan, A. (Ed.), *Healthy public policy at the local level*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Hancock, T. (1993). The Healthy City from concept to application; implications for research. In J.K. Davies en M.P. Kelly (Ed.), *Healthy Cities; Research and Practice* (pp. 14-24). London and New York: Routledge.
- Hart, P.D. 't (1983). *De stad Utrecht en haar bewoners. Een onderzoek naar samenhangen tussen sociaal-economische ontwikkelingen en de demografische geschiedenis van de stad Utrecht 1771-1825*. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht. Academisch proefschrift.
- Hart, P.D. 't (1990). *Utrecht en de cholera 1832-1910*. De Walburg Pers/Stichtse Historische Reeks.
- Hart-Zeldin, Kalnins, Pollack, Love (1990). Children in the context of "Achieving Health for All: A framework for Health Promotion". *Canadian Journal of Public Health*, 81, 196-198.
- Have, H. ten (1988). Gezondheid tussen beschrijving en waardering. In J. Rolies (Ed.), *De*

- gezonde burger, gezondheid als norm. Nijmegen: SUN.
- Haveman, J. (1952). *De ongeschoolde arbeider. Een sociologische analyse*. Assen: Van Gorcum.
- Haverkate, I., S.A. Reijneveld, J.A.M. van Oers, J.E. van Steenbergen en H.W.A. Struben (1993). *Sterfte per buurt naar sociaal-economische status. Een vergelijking tussen de vier grootste Nederlandse steden*. Amsterdam: GG&GD.
- Heclo, H. (1994). Poverty Politics. In S.H. Danziger, G.D. Sandefur and D.H. Weinberg (Ed.), *Confronting poverty. Prescriptions for change* (pp. 396-438). Cambridge: Harvard University Press.
- Heijden, P.C.M. van der (1994). *Hoe te leven met statistiek*. Utrecht: Universiteit Utrecht. Oratie.
- Henshel, R.L. (1990). *Thinking about social problems*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Hijden, E.J.E. van der (1993). "Meneer, ik heb géén probleem en ben dus zéker niet gek". *Een jaar openbare geestelijke gezondheidszorg in Crooswijk: een voortgangsrapportage*. Rotterdam: GGD Rotterdam.
- Hoop, T. de (1993). *De campagne Kinderveiligheid in Feijenoord. Verslag van een buurtgerichte interventie*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Horstik, I. (1992). De mitsen en de maren van de Gezonde Stad. Gezondheidsbeleid in Rotterdam. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*(10), 20-25.
- Houwaart, E. (1989). De stad als patiënt. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 7, 79-82.
- Houwaart, E.S. (1991a). *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij. Academisch proefschrift.
- Houwaart, E.S. (1991b). De stad als patiënt. Medici over stad en gezondheid na 1700. In: E. de Leeuw, (Ed.), *Gezonde steden* (pp. 37-62). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Hunt, Sonja (1991). Research for Healthy Cities: Proceedings of an international conference. The Hague 1989. *Social Science and Medicine*, 33(6), 747. Book Review.
- Hunt, S.M. (1993). The relation between research and policy; Translating knowledge into action. In J.K. Davies en M.P. Kelly (Ed.), *Healthy Cities; Research and Practice* (pp. 71-82). London and New York: Routledge.
- Illich, I. (1975). *Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid?*. Baarn: Het Wereldvenster. Oorspr. Medical Nemesis, 1974.
- Illsley, R. (1988). Social equity and health in Europe. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66, 310-314.
- Initiatiefgroep Gezondheidsinformatiecentrum (1994). *Gezondheidsinformatiecentrum Amsterdam-Noord: definitieve opzet*. Amsterdam.
- Israels, A.H. (1862). De sterfte der kinderen in de eerste drie jaren des levens te Amsterdam, in de jaren 1850-1859. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 6, 289-302.
- Jackson, T.F. (1993). The state, the movement, and the urban poor: the War on Poverty and political mobilization in the 1960s. In M.B. Katz (Ed.), *The 'Underclass' Debate. Views*

- from history (pp. 401-439). Princeton: Princeton University Press.
- Jansen, G.H. (1978). *De straat. Een portret*. Muiderberg: Coutinho.
- Jansen, G.H. (1984). *Een land van steden. Het spoor van de tijd*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Jong, G.A. de (1986). *Ongelijkheid in gezondheid. Sociaal-medisch onderzoek en beleid*. Rotterdam. Dissertatie.
- Jong, M. de (1994a). *De eindstand. Evaluatierapport van het wijkproject Beter eten? Zeker weten! in Utrecht*. Utrecht: Wijkproject Gezonde Voeding Utrecht.
- Jong, M. de (1994b). Beter eten? Zeker weten! In de supermarkt. In H. Saan, J. Ellenkamp en J. van den Bogaard (Eds.), *Intersectorale actie. Voor grensbewoners is smokkelen normaal* (pp. 78-87). Assen: Van Gorcum.
- Jong, M.A.J.G. de en A. Stafleu (1995). 'Beter eten? Zeker weten!'. Evaluatie van een wijkgericht voedingsproject. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 73, 455-462.
- Jonge, A.A.M., N.E.A. Giling en E.C.H. van Gilst (1990). *Gezond en wel in Feijenoord*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o. Afd. Epidemiologie.
- Jonkers, R., W.F.M. de Haes, G.J. Kok, P.C. Liederkerne en J.A.M. Saan (1988). *Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding*. Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering.
- Joosten, J. (1995). *De invloed van klasse, status en burgerschap op subjectieve gezondheid*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht. Academisch proefschrift.
- Kelly, M.P., J.K. Davies and B.C. Charton (1993). Healthy Cities. A modern problem or a post-modern solution?. In J.K. Davies and M.P. Kelly (Ed.), *Healthy Cities. Research and practice* (pp. 159-167). London / New York: Routledge.
- Ketting, E. en E. de Leeuw (1989). Gezonde steden: een oude innovatie. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 7, 74-76.
- Keulartz, J. (1987). *Van bestraffing naar behandeling. Een inleiding in de sociologie van de hulpverlening*. Amsterdam: Boom.
- Kickbusch, I. (1989). Een nieuwe oriëntatie op de volksgezondheid in de stad. In D.C. Kaasjager et al. (Ed.), *Healthy Cities en volksgezondheid. Paradoxen en oplossingen in beleid, theorie en praktijk*. Kopenhagen / Den Haag: WHO / Ministerie van WVC.
- Kickbusch, I. (1993). Foreword. In J.K. Davies and M.P. Kelly (Ed.), *Healthy Cities. Research and practice* (pp. x). London / New York: Routledge.
- Kleingeld, P., S. van de Raadt en H. Spijker (1989). *Migranten en gezondheidszorg in Bospolder Tussendijken*. Rotterdam: Bewonersorg. Bospolder Tussendijken.
- Kok, G.J. en L.V. Jonkers-Kuiper (Eds.) (1991). *Lokale gezondheidsinitiatieven*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- König, C., I. van den Bogerd en M. Walenbergh (1992). *De gezondheidssituatie van de onderklasse in Nederland; een literatuurstudie in het kader van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Nijmegen: Vakgroep Geneeskunde buiten het Ziekenhuis.
- Koper, J.F. en W.H.M. Gorissen (1992). *Sociaal-economische gezondheidsverschillen in de gemeente Utrecht*. Utrecht: GGD Utrecht.
- Kos, L. (1991). *Klein zijn in het Oude Westen*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o. Afdeling

GVO.

- Kraaykamp, J.J.H. (1974). *Als je voor een dubbeltje geboren bent...* Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Kreukels, T., D. van Zijderveld en W. Turpijn (Eds.) (1987). *De stad opnieuw in zicht. Sociaal-wetenschappelijke benaderingen van het verschijnsel 'stad'*. Den Haag: Vuga.
- Kunst, A.E. and J.P. Mackenbach (1993). The size of mortality differences associated with educational level: a comparison of 9 industrialized countries. In J.P. Mackenbach (Ed.), *Sociaal-economische gezondheidsverschillen onderzocht. Deel V*. Den Haag: Ministerie van WVC.
- Laar, M. van de, en H. van de Water (1986). *Gebruik van intramurale psychiatrische voorzieningen in de grote steden van Zuid Holland*. Leiden: NIPG/TNO.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Lau-IJzerman, A., J.D.F. Habbema, P.J. van der Maas (1980). *Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en arbeidsongeschiktheid in Amsterdam: eindrapport*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Lawrence, P.S. (1948). Chronic illness and socio-economic status. *Public Health Reports*, 63, 1507-21.
- Leeuw, E. de (eds.) (1991). *Gezonde steden. Lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Leeuw, E. de (1993). Health policy, epidemiology and power: the interest web. *Health Promotion International*, 8(1), 49-52.
- Leeuw, E. de (1994). Een aanzet voor een onderzoekprogramma voor gezondheidsbevordering. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering*, 15, 169-174.
- Leeuw, E. de, M. O'Neill, M. Goumans and F. de Bruijn (Eds.) (z.j.). *Healthy Cities Research Agenda. Proceedings of an Expert Panel*. Maastricht: Research for Healthy Cities Clearing House.
- Levy, L. and R. Rowitz (1970). The spatial distribution in treated mental disorders in Chicago. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Lewis, O. (1966). The culture of poverty. *Scientific American*(215), 19-25.
- Liebersohn, S. (1989). When Right Results Are Wrong. *Society*, 26(5), 60-66.
- Lieburg, M.J. van (1993). Rotterdams gezondheidsbeleid in historisch perspectief. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 11, 9-11.
- Lipman, M. (1993). *Evaluatie van Gezonde Stad*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o. Concept-tekst.
- Londen, J. van (1988). Gezondheidsbeleid en de leefbare stad. In D.C. Kaasjager et al. (Ed.), *Healthy Cities. Dageraad van een nieuwe volksgezondheid* (pp. 44-51). Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Londen, J. van (1989). Gezondheidsbeleid in Nederland op lokaal niveau. In D.C. Kaasjager et al. (Ed.), *Healthy Cities en volksgezondheid. Paradoxen en oplossingen in beleid, theorie*

- en praktijk* (pp. 105-114). Kopenhagen / Rijkswijk: WHO / Ministerie van WVC.
- Lucht, F. van der en J.W. Groothoff (1992). Causatie- en selectieprocessen onder kinderen als verklaring voor sociaal-economische gezondheidsverschillen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 70(12), 696-703.
- Maas, P.J. van der, J.D.F. Habbema en G.A.M. van der Bos (1987). *Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II 1977-1983: naar sterfte, ziekenhuisopnamen*. Amsterdam: UvA, Instituut voor Sociale Geneeskunde.
- Mackenbach, J.P. en P.J. van der Maas (1987). Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid. Een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen. In Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Ed.), *De ongelijke verdeling van gezondheid*. (pp. 59-93). Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Mackenbach, J.P. en K. Stronks (1988). *Recent Nederlands onderzoek op het gebied van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit / IMG.
- Mackenbach, J.P. (1991). Waarom sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland anno 1990? (SEGV in Nederland: waarom en wat doen we eraan). In Peters, M. , M. van Houten en N. Joziase (Ed.), *Sociaal-economische gezondheidsverschillen en de (on)mogelijkheden voor GVO-interventie* (pp. 32-36). Utrecht: Stichting Projecten VDB.
- Mackenbach, J.P. (1994). *Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Marmot, M. and M. McDowall (1986). Mortality decline and widening social inequalities. *The Lancet*, ii, 274-276.
- Mars, G. (1982). *Cheats at work: An anthropology of workplace crime*. London: Allen and Unwin.
- McKeown, T. (1976). *The role of medicine - Dream, mirage or nemesis*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Meerdink, J. (1952). Differentiele sterfte te Amsterdam naar stadsgedeelten. *Mededelingen van het Bureau van Statistiek van de Gemeente Amsterdam*(1), 3-10.
- Meijer, A.W.M. (1991). Plaats en functies van de Nederlandse G.G.D.-en. In E. de Leeuw (Ed.), *Gezonde steden* (pp. 109-131). Assen / Maastricht: Van Gorcum.
- Merton, R.K. (1958). Social structure and anomie. In R.K. Merton (Ed.), *Social theory and social structure*. Glencoe Illinois. Second edition.
- Ministerie van WVC (1989). *Basisdocument bij het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid*. Den Haag: Ministerie van WVC.
- Mol, A. en P. van Lieshout (1989). *Ziek zijn is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*. Nijmegen: SUN.
- Mootz, M. (1987). Is ongelijkheid in gezondheid sociaal-economisch bepaald?. *Ongelijkheid in gezondheid(szorg)*. Verslag der symposia.
- Mootz, M. en M. Konings-Van der Snoek (1987). Gezonden en zieken vergeleken. *Gezondheid en Samenleving*, 8, 241-250.

- Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1866). *Sterfte-atlas van Nederland 1841-1860*. Amsterdam: H.F. Bakel en Zn.
- Nelissen, N.J.M. (1974). *De Stad. Een inleiding tot de urbane sociologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Nijhuis, H.G.J. (1994a). *Voorwaarden voor vernieuwing van public health. Een wetenschaps- en maatschappij-theoretisch perspectief*. Rijswijk: Elmar. Academisch proefschrift Universiteit Utrecht.
- Nijhuis, H.G.J. (1994b). Intersectoraal werken voor de gezonde stad. Drie Haagse geschiedenissen over afstemmingsperikelen en de rol van de public health-professional. In H. Saan, J. Ellenkamp en J. van den Bogaard (Eds.), *Intersectorale actie. Voor grensbewoners is smokkelen normaal* (pp. 88-103). Assen: Van Gorcum.
- Oers, J.A.M. van, E.C.H. van Gils en H.F.L. Garretsen (1988). *Rotterdam gezond. Resultaten Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem 1987*. Rotterdam: GGD, afdeling Epidemiologie.
- Oers, J.A.M. van en J.H.M. Teeuwen (1990). *Sterfte en sociaal-economische status in Rotterdam*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o. Afd. Epidemiologie.
- Oers, J.A.M. van, E.C.H. van Gilst en H.F.L. Garretsen (1991). *Bij leven en welzijn. Resultaten Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem 1989*. Rotterdam: GGD-Rotterdam e.o. Afd. Epidemiologie.
- Oers, J.A.M. van, en N.F. Reelick (1992). Quantitative indicators for a healthy city - the Rotterdam local health information system. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46(3), 293-296.
- Oers, J.A.M. van, en F.P. Koning-van den Berg van Saparoea (1992). Sociaal-economische status en het gebruik van wijkverpleging in Rotterdam. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 70(5), 299-302.
- Oers, J.A.M. van, E.C.H. van Gilst en H.F.L. Garretsen (1993). *Rebus Vision*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o. Afd. Epidemiologie. Rebus Vision computerdiskette.
- Oers, J.A.M. van (1993a). *A geographic information system for local public health policy*. Rotterdam. Academisch proefschrift.
- Oers, H. van (1993b). Het Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem. In J. ten Dam en E. de Leeuw (Eds.) (Ed.), *Gezonde Steden en onderzoek. Reikwijdte, methoden, toepassingen* (pp. 59-68). Eindhoven/Assen/Maastricht: Steunp. Netw. Gezonde Steden/Van Gorcum.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press.
- Peterson, J.A. (1983). The impact of Sanitary Reform upon American urban planning. In D.A. Krueckeberg (Ed.), *Introduction to planning history in the United States* (pp. 13-39). New Jersey: Rutgers University.
- Peterson, C. and A.J. Stunkard (1989). Personal Control and Health Promotion. *Social Science and Medicine*, 28(8), 819-828.

- Poppel, F. van (1982). Sociale ongelijkheid voor de dood; het verband tussen sociaal-economische positie en zuigelingen- en kindersterfte in Nederland in de periode 1850-1940. *Tijdschrift Sociale Geschiedenis*, 8, 231-281.
- Prinsen, B. en A. van Asselt (1993). Ouderen actief in gezondheidsvoorlichting en -onderzoek. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering*, 14, 132-139.
- Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen (1994). *Onderzoeksprogramma sociaal-economische gezondheidsverschillen: eindverslag en aanbevelingen*. Zoetermeer: Ministerie van WVC.
- Ranchor, A.V. et al. (1990). An integrative approach to inequality in health: A longitudinal study encompassing SES, life-style, personality and health. *International Journal of Health Sciences*, 1, 121-135.
- Reelick, N.F. (1988). *Een gezondheidsuitstapje met de omnibus. Resultaten van het gezondheidsgedeelte van de omnibusenquête 1987*. Rotterdam: GGD-Rotterdam e.o. afd. Epidemiologie.
- Reijneveld, S.A. (1994). *De gezondheid van de Amsterdammers. Eindrapport van het project Gezondheidsprofiel Amsterdam*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Reijneveld, M. (1995). *The measurement of local public health*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Academisch proefschrift.
- Richardson, A. (1983). *Participation. Concepts in Social Policy 1*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Rijkschroeff, R.A.L. (1989). *Ondersteuning van participatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: Platform GGZ Amsterdam. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1993). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Den Haag: Sdu Uitgeverij / RIVM.
- Rodenstein, M. (1988). Gezondheid in de stad. Een historisch overzicht. In D.C. Kaasjager et al. (Ed.), *Healthy cities. Dageraad van een nieuwe volksgezondheid* (pp. 24-33). Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Rodin, J. (1986). Health, control and aging. In Baltes, P.B. and M.M. Baltes (Eds.) (Ed.), *The psychology of health and aging* (pp. 139-161). New Jersey: L. Erlbaum Ass. Publishers.
- Roering, S.E., M.K.C. Keverling en J.J.M. ten Dam (1994). Sleutels voor gezondheid. Een innovatieve onderzoeksmethode met sleutelfiguren naar gezondheid op wijkniveau. *Tijdschrift voor Gezondheidsbevordering*, 15(4), 184-192.
- Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Rolies, J. (1988). Gezondheid: een nieuwe religie? In J. Rolies (Ed.), *De gezonde burger. Gezondheid als norm*. Nijmegen: SUN.
- Sajet, B.H. en J. van Gelderen (1916). Sterfte aan mazelen in Amsterdam in de jaren 1909, 1910 en 1911. *Statistische Meedelingen Bureau van Statistiek Amsterdam*.

- Sajet, B.H. en J. van Gelderen (1919). Kinkhoest; een medisch statistische studie. *Statistische Meedelingen Bureau van Statistiek Amsterdam*.
- Savage, M. and A. Warde (1993). *Urban Sociology, Capitalism and Modernity*. London: Macmillan.
- Schaalma, H. (1993). De analyse van gedragsdeterminanten. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen en G.J. Kok (Ed.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (pp. 133-167). Assen / Heerlen: Van Gorcum / Open Universiteit.
- Schepers, R.M.J. en A.C. Nievaard (1995). *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Scherpenisse, A.M.C. en G. Verbeek (1991). De gezondheidszorg in historisch perspectief. In A.M.C. Scherpenisse en G. Verbeek (Ed.), *Introductie in de gezondheidszorg. Structuur en functioneren in de praktijk* (pp. 6-16). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schick, J.W. (1851). Over de sterfteverhouding in verband tot hare oorzaken. *Tijdschr. NMG*, 2, 31-47.
- Schick, J.W. (1852). *Over den gezondheidstoestand van 's Gravenhage*. 's Gravenhage: P.H. Noordendorp.
- Schnabel, P. (1988). De gezondheidszorg: van immuniteit tot publiek domein. In A.M.J. Kreukels en J.B.D. Simonis (Ed.), *Publiek domein. De veranderende balans tussen staat en samenleving* (pp. 172-200). Meppel / Amsterdam: Boom.
- Schnabel, P. (1994). Gezondheid als waarde. In J. Ellenkamp, M. Keverling en T. Voorham (Ed.), *Verslag Symposium 'Waarde Gezondheid', 3 november 1993* (pp. 10-22). Rotterdam: Netwerk Gezonde Steden.
- Scholten, M.G.H., R. Thomas en J.C.M. van Wieringen (1993). *Opgroeien in Westerpark. Verslag van een serie gesprekken met ouders*. Amsterdam: GG&GD.
- Schrijvers, G. (1994). De waarde van gezondheid. In J. Ellenkamp, M. Keverling en T. Voorham (Ed.), *Verslag Symposium 'Waarde Gezondheid'. 3 november 1993*. Rotterdam: Netwerk Gezonde Steden in Nederland.
- Schyut, C.J.M. (1983). *Tussen macht en moraal. Over de plaats van het recht in verzorgingsstaat en democratie*. Alphen a/d Rijn / Brussel: Samsom.
- Sennett, R. (1978). *The Fall of Public Man*. New York.
- Simonse, J. (1982). *De rafelrand blijft. Sociologie van kansarme buurten*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom.
- Smid, G en L. Jonkers (1990). *Lokale GVO, een geslaagd initiatief*. Utrecht: NIZW.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1992). *Sociaal en Cultureel Rapport 1992*. Den Haag: VUGA.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1996). *Sociaal en Cultureel Rapport 1996*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA.
- Sonsbeek, J. van (1989). Gezondheidsenquêtes / Ongezonde steden. *Maandberichten Gezondheidsstatistiek*(9), 5-12.
- Spruit, I.P. (1990). Health and social inequalities in the Netherlands. *Social Sciences and Medicine*, 66, 319-329.

- Stratingh, S.E. (1858). *Groningen als woonplaats beschouwd. Eene bijdrage tot de geneeskundige plaatsbeschrijving van deze stad*. Groningen: J.B. Wolters. Academisch proefschrift.
- Stronks, K., H. van de Mheen en J.P. Mackenbach (1993a). Achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een overzicht van de literatuur en een onderzoeksmodel. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 71(1), 1-10.
- Stronks, K., H. van de Mheen en J.P. Mackenbach (1993b). Sociaal-economische Status. In Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking 1950-2010* (pp. 626-632). Den Haag: RIVM / Sdu Uitgeverij.
- Struben, H.W.A. (1988). Sterfte in Den Haag (2). *Epidemiologisch Bulletin 's-Gravenhage*, 23(4), 12-16.
- Struben, H.W.A. (1990). De crisis en de gezondheid van de Hagenaar. *Epidemiologisch Bulletin 's-Gravenhage*, 25(1), 10-19.
- Swaan, A. de (1982). *De mens is de mens een zorg. Opstellen 1971-1981*. Amsterdam: Meulenhof.
- Swaan, A. de (1989). *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Sweep, A. en P. Rokers (1991). Een wijkininitiatief in Rotterdam: het project Migranten en gezondheid in Bospolder Tussendijken. In E. de Leeuw (Ed.), *Gezonde steden* (pp. 259-277). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Sweep, A. (1994a). *Een gezondheidsinformatiepunt in de wijk. Verslag van het spreekuur in het Project 'Migranten en Gezondheid' in de Rotterdamse wijk Bospolder Tussendijken*. Rotterdam: Migranten en Gezondheid.
- Sweep, A. (1994b). *Drie jaar werken aan het project Migranten en Gezondheid Bospolder Tussendijken*. Rotterdam: Migranten en Gezondheid.
- Tertoolen, G. en D. van Kreveld (1995). Ineffectiviteit en schadelijke bijwerkingen van voorlichting. *Beleid en Maatschappij*, 22(5), 296-303.
- Thomas, R., J.C.M. van Wieringen en C. Braan (1991). *Gezondheid Westerpark in perspectief. Gezondheidsenquête Westerpark 1990*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Thomas, R., J.C.M. van Wieringen en C. de Ceuninck van Capelle (1991a). *Achtergronden van een gezondheidsenquête*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Thomas, R. (1994). Een jaar lokale gezondheidsbevordering in het Stadsdeel Westerpark. In H. Saan, J. Ellenkamp en J. van den Bogaard (Eds.), *Intersectorale actie. Voor grensbewoners is smokkelen normaal* (pp. 32-43). Assen: Van Gorcum.
- Thompson, M. and A. Wildavsky (1986). A cultural theory of information bias in organizations. *Journal of Management Studies*, 23(3).
- Thompson, M., R. Ellis and A. Wildavsky (1990). *Cultural theory*. Boulder: Westview Press.
- Townsend, P. and N. Davidson (1982). *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Tromp, B. (1987). Sociologie en de stad. In Kreukels, T., D. van Zijderveld en W. Turpijn

- (Ed.), *De stad opnieuw in zicht. Sociaal-wetenschappelijke benaderingen van het verschijnsel 'stad'* (pp. 63-80). Den Haag: Vuga.
- Tweede Kamer (1986). *Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Den Haag: Tweede Kamer. Zitting 1985-1986, 19 500, nrs 1-2-3.
- Tweede Kamer (1988). *Verandering Verzekerd. Regeringsstandpunt*. Zitting 1987-1988, 19 945 nrs 27-28.
- Tweede Kamer (1990). *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid*. Zitting 1988-1989, nr. 20977.
- Tweede Kamer (1991). *Gezondheid met beleid. Nota gezondheidsbeleid*. Tweede Kamer. Vergaderjaar 1991/92, 22459 nrs. 1 en 2.
- Uniken Venema, H.P. en J. Hoogendijk (1990). Gezondheidsverschillen in Rotterdam, een secundaire analyse van onderzoeksmateriaal. In Mackenbach, J.P. (Ed.), *Sociaal-economische gezondheidsverschillen onderzocht, Deel I*. Den Haag: DOP. Sociaal-economische gezondheidsverschillen 4.
- Vegte, A. van de (1995). *Op afstand. De procesevaluatie van het voedingsproject Beter eten? Zeker weten! in een Utrechtse wijk*. Utrecht: Wijkproject Goede Voeding Zuilen Utrecht.
- Ven, M. van de (1994). *We weten het wel, maar toch doen we het niet. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar het effect van voedingsvoorlichtingsactiviteiten door Beter eten? Zeker weten!*. Utrecht: Wijkproject Goede voeding in Zuilen.
- Verdonk, A.L.Th. (1975). Rotterdamse stadsbuurten en haar devianten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*(17), 248-273.
- Verdoorn, J.A. (1981). *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw*. Nijmegen: SUN. Heruitgave van Volksgezondheid en sociale ontwikkeling 1965.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten Afdeling SGB0 (1990). *Wijken in achterstand II*. Den Haag: VNG.
- Vliet, R.C.J.A. van (1991). Gezondheid van kinderen en sociaal-economische status van ouders. In Mackenbach, J.P. (Ed.), *Sociaal-economische gezondheidsverschillen onderzocht, deel III*. Den Haag: DOP. Sociaal-economische gezondheidsverschillen 9.
- Vries, C.F. de (1992). *Gezonde stad op weg in Feijenoord*. Rotterdam: Projectbureau Gezonde Stad.
- Vries, C.F. de (1994). *Punt 50... Meer dan de som der delen! Verslag van anderhalf jaar werken aan een informatiepunt gezondheid in de wijk Feijenoord*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Walle, J. de (1990). Voorlichting aan achterstandsgroepen. *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting*, 7(5), 3-4.
- Walle-Sevenster, J. de en G.J. Kok (1991). *Gezondheidsbevordering en armoede*. Bleiswijk: NKB-Uitgeverij.

- Weber, M. (1987). *Over klassen, standen en partijen. Ingeleid, vertaald en geannoteerd door drs. Albert Benschop*. Kampen: Kok Agora.
- Westpalm van Hoorn, N.J. (1975). Voorwaarden voor participatiebevordering. *Tijdschrift voor Openbaar Bestuur*, 1(17), 388-391.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1987). *De ongelijke verdeling van gezondheid*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1992). *Sociaal-economische gezondheidsverschillen: kansen voor beleid. Verslag van een conferentie op 20 en 21 november 1991*. Den Haag: WRR.
- Whitehead, M. (1993). The ownership of research. In J.K. Davies en M.P. Kelly (Ed.), *Healthy Cities; Research and Practice* (pp. 83-89). London and New York: Routledge.
- WHO, World Health Assembly (1977). *Resolution 30.43 on Health for All by the year 2000*. Geneva: WHO.
- WHO (1985). *Targets in Support of the European Strategy for Health for All*. Genève: WHO.
- WHO, Health & Welfare Canada & Canadian Public Health Association (1986). *Ottawa Charter for health promotion. An international conference on Health Promotion - The move towards a new public health*. Ottawa.
- Wieringen, J.C.M. van, R. Thomas en C. de Ceuninck van Capelle (1990a). *Rond het Westerpark. Verkenning van de gezondheidssituatie in het stadsdeel Westerpark*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Wieringen, J.C.M. van, R. Thomas en C. de Ceuninck van Capelle (1990b). *Gezondheid in de stadsdelen. Projectvoorstel*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Wildavsky, A. (1989). Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy. In Wildavsky, A. (Ed.), *Speaking truth to power: the art and craft of political analysis*. New Brunswick and Cambridge.
- Wilson, W.J. (1987). *The truly disadvantaged. The inner city, the underclass, and public policy*. Chicago / London: The University of Chicago Press.
- Wirth, L. (1938). Urbanism as a Way of Life. *American Journal of Sociology*, 44(9).
- Withagen, P. en L. Jonkers-Kuiper (1993). *Achterstandsbeleid GGD-en. Analyse en aanbevelingen*. Utrecht: NIZW / VDB.
- Woud, A. van der (1987). *Het lege land. De ruimtelijke orde van Nederland 1798-1848*. Amsterdam: Meulenhof.
- Zeeman, J. (1861). Rapport van de commissie voor statistiek over de lotelingen van de provincie Groningen van 1836-1861. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 5, 691-723.
- Zijderveld, A.C. (1983). *Steden zonder stedelijkheid. Cultuur-sociologische verkenning van een beleidsprobleem*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20(4), 487-504.
- Zola, I.K. (1973). *De medische macht: de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij*. Meppel/Amsterdam: Boom.

Over de auteur

Joop ten Dam (1953) studeerde bij de vakgroep Andragologie aan de Universiteit Utrecht. Na zijn afstuderen in 1979 werkte hij als onderwijsdocent bij deze vakgroep. Sinds 1985 is hij als universitair docent verbonden aan de projectgroepen Stadsstudies en Gezondheidsstudies van de vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht. Hij publiceerde over lokaal gezondheidsbeleid en over illegalen en onverzekerden in de Nederlandse gezondheidszorg.

Joop ten Dam (1953) studeerde bij de vakgroep Andragologie aan de Universiteit Utrecht. Na zijn afstuderen in 1979 werkte hij als onderwijsdocent bij deze vakgroep. Sinds 1985 is hij als universitair docent verbonden aan de projectgroepen Stadsstudies en Gezondheidsstudies van de vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht. Hij publiceerde over lokaal gezondheidsbeleid en over illegalen en onverzekerden in de Nederlandse gezondheidszorg.